@MEDICA_CHANNEL

Medica
Free Medical Books

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

انتشار توسط کانال تلگرامی مدیکا

@MEDICA_CHANNEL

Medica
Free Medical Books

Medica
Free Medical Books

تنها کانال منتشرکننده‌ی فایل‌های جدید استاجری، پره‌اینترنی و دستیاری

برای مشاهده‌ی سایر فایل‌ها، به کانال ما سر بزنید!

- ویرایش جدید اطفال پیرحاجی شامل نسخه چاپی، درسنامه کتابخانه دیجیتال، تست‌ها و ویس کامل
- مجموعه‌های اینسایت زنان، تغذیه، ایمونولوژی، آمار و اپیدمیولوژی
- پکیج کامل ژلوفن‌های ویرایش جدید شامل دروس ماژور، مینور، شناورها
- پکیج کامل ضروریات پره‌اینترنی
- پکیج کامل کیوبی‌های ویرایش جدید با بالاترین کیفیت
- نسخه‌ی حرفه‌ای کتاب صلاحیت بالینی دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- نسخه حرفه‌ای کتاب پزشک طرح دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- پکیج کامل کتاب‌های پره‌پاس
- پکیج کامل کتاب‌های تورق سریع گروه مشاوره رادیولوژی تهران
- پکیج کامل مرور سریع‌های ماهان
- پکیج کامل گام آخرهای ماهان
- پاتولوژی لاموما
- عفونی اینفکتوما
- پکیج کامل کیو ای‌های پره‌اینترنی و دستیاری
- مرور جادویی ۷ درس داخلی ماهان
- و صدها فایل دیگه که جایی پیدا نمی‌کنین...

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

درسنامه مبتنی بر تست

نسخه مجازی

ژلوفن

بیماری‌های گوارش

منطبق بر هاریسون ۲۰۲۲ و سیسیل ۲۰۲۱



@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL



ژلوفن

بیماری‌های گوارش

ویرایش ۱۴۰۱

کپی کردن کتاب مصداق عینی دزدی است؛
استفاده از فایل کتاب مصداق عینی دزدی است؛
شما دزد نیستید!
پس کتاب را کپی نکنید، از فایل‌های غیرقانونی استفاده نکنید و سارقین مجازی را معرفی کنید تا جامعه سالم بماند.

مؤلف: مجید خلیلی

مدیریت تدوین: دکتر صادق شفائی، دکتر سارا آریان

مؤسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران

انتشارات طبیبانه

۱۴۰۱

نشر طبیبانه

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

سرشناسه : خلیلی، مجید، ۱۳۷۷-
عنوان و نام پدیدآور : ژلوفن بیماری‌های گوارش: ویرایش ۱۴۰۱/مولف مجید خلیلی ؛ مدیریت تدوین صادق شفائی، سارا آریان ؛ [برای] موسسه آموزشی دانش آموختگان تهران.
مشخصات نشر : تهران: طبیبانه، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری : ۹۰ص.: مصور، جدول
شابک: ۸-۸۸-۷۹۰۴-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
موضوع : گوارش -- اندامها -- بیماریها -- راهنمای آموزشی
Digestive organs -- Diseases -- Study and teaching
گوارش -- اندامها -- بیماریها -- رئوس مطالب
Digestive organs -- Diseases -- Outlines, syllabi, etc.
گوارش -- اندامها -- بیماریها -- آزمونها و تمرینها
Digestive organs -- Diseases -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده : شفایی، صادق، ۱۳۶۷-
شناسه افزوده : Sadegh, Shafaei
شناسه افزوده : آریان، سارا، ۱۳۷۲-
شناسه افزوده : موسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران
رده بندی کنگره : RC۸۰۱
رده بندی دیویی : ۶۱۶/۳
شماره کتابشناسی ملی : ۸۹۹۸۰۶۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

نشر طبیبانه

ژلوفن بیماری‌های گوارش

مؤلف: مجید خلیلی
ناشر: طبیبانه
چاپ: مجتمع چاپ و نشر پیشگامان
مدیر تولید محتوا و صفحه‌آرایی: عاطفه صفاری
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
قیمت نسخه چاپی: قابل مشاهده در سایت فروشگاه edutums.ir
قیمت نسخه مجازی: از ۳۰ تا ۵۰ درصد نسخه چاپی
شابک: ۸-۸۸-۷۹۰۴-۶۲۲-۹۷۸

مرکز پخش: تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بعد از خیابان روانمهر، بن‌بست سرود، پلاک ۲، واحد همکف
تلفن: ۰۲۱ ۶۶۴۰۶۱۷۰- / ۰۹۳۵۳۵۸۰۲۳۱
وب سایت: edutums.ir

تمام حقوق مادی و معنوی این اثر برای ناشر محفوظ است. مطابق قانون اقدام به کپی کتاب به هر شکل (از جمله کپی کاغذی یا انتشار در فضای مجازی) شرعاً حرام و قانوناً جرم محسوب شده و حق پیگیری و شکایت در دادگاه برای ناشر محفوظ است.

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

فهرست مطالب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اسهال	خیلی مهم	۷

پاسخ اسهال یعنی چی؟ خروج مدفوع شل یا آبکی همراه با افزایش دفعات اجابت مزاج. البته به وزن مدفوع بیش از ۲۰۰ گرم در روز هم اسهال گفته میشه. ولی این مال کشورای غربیه. من خودم از توالت برمی‌گردم می‌تونم سه وزن پایین‌تر کشتی بگیرم 😜

اسهال از نظر زمان به سه دسته تقسیم میشه:

- اسهال حاد ← کمتر از ۲ هفته
- اسهال پایدار ← بین ۲ تا ۴ هفته
- اسهال مزمن ← بیش از ۴ هفته

پاسخ اسهال حاد

علل اسهال حاد: بیش از ۹۰٪ موارد عفونیه و اغلب با استفراغ، تب و درد شکمی همراهــه. کمتر از ۱۰٪ موارد به دلیل دارو، سم، ایسکمی، غذای خاص یا اختلالات دیگره. جدول رو ببین!

۱ بیمار خانم ۲۰ ساله با درد و تندرنس RUQ شکم همراه با اسهال از حدود ۶ هفته قبل مراجعه کرده است. با توجه به طبقه‌بندی زمانی اسهال کدام مورد صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

الف) اسهال حاد
ب) اسهال مزمن
ج) اسهال پایدار
د) اسهال ترشحی

۲ آقای 25yr / استفراغ / اسهال غیر خونی و آبکی و درد اپی‌گاستر از دیروز / معاینه نرمال / محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی آزاد)

الف) کرون
ب) اسهال اسموتیک
ج) VIPoma
د) اسهال ناشی از S.aureus

علت اسهال حاد	مثال	ویژگی‌های اسهال
عفونت ترشحی	عفونت ویروسی و توکسین باکتریایی مثل: استاف اورئوس، کلستریدیوم پرفرنجس، E.coli توکسیژنیک و...	آبکی / بدون خون و چرک و موکوس
عفونت التهابی	کلونیزاسیون یا تهاجم به مخاط روده مثل: سالمونلای غیرتیفوئیدی، شیگلا، یرسینیا، کمپیلوباکتر، E.coli انتروپاتوژنیک، آنتاموبا هیستولیتیکا	شل تا آبکی / اغلب همراه با خون، چرک یا موکوس
اسهال ناشی از دارو	آنتی‌اسیدهای حاوی منیزیم، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای ضد نئوپلاسم، مسهل‌ها و خیلیای دیگه!	شل تا آبکی

پاسخ اپروچ به بیماران با اسهال حاد:

اغلب دوره‌های اسهال حاد خودبخود خوب میشن و اصلاً نیازی به ارزیابی نیست، به جز ۱۰ مورد زیر که اندیکاسیون ارزیابی دارند👇

- اسهال شدید همراه با دهیدراتاسیون
- درد شدید شکمی در بیمار بالای ۵۰ سال
- مدت بیش از دو روز بدون بهبودی
- بیمار دارای ضعف ایمنی
- افزایش WBC در مدفوع
- تب ۳۸٫۵ درجه یا بیشتر
- اسهال خونی
- مصرف اخیر آنتی‌بیوتیک
- سن بالای ۷۰ سال
- موارد همه‌گیری جدید

۳ کدام یک از موارد اسهال حاد زیر نیازی به بررسی بیشتر ندارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطبی)

الف) خانم ۴۰ ساله با درد شکم و درجه حرارت ۳۸/۷
ب) آقای ۸۰ ساله با اسهال آبکی و درجه حرارت ۳۷/۰
ج) آقای ۳۰ ساله با اسهال خونی و درجه حرارت ۳۷/۲
د) خانم ۲۰ ساله با اسهال آبکی و درجه حرارت ۳۷/۵

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ب	د	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۴ جوان ۲۴ ساله/ استفراغ و اسهال آبکی شدید پس از صرف ناهار در یک رستوران دچار استفراغ شدید / درد مختصر شکم/ تب ۳۷٫۸/ دهیدراتاسیون خفیف. مناسب‌ترین اقدام جهت بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

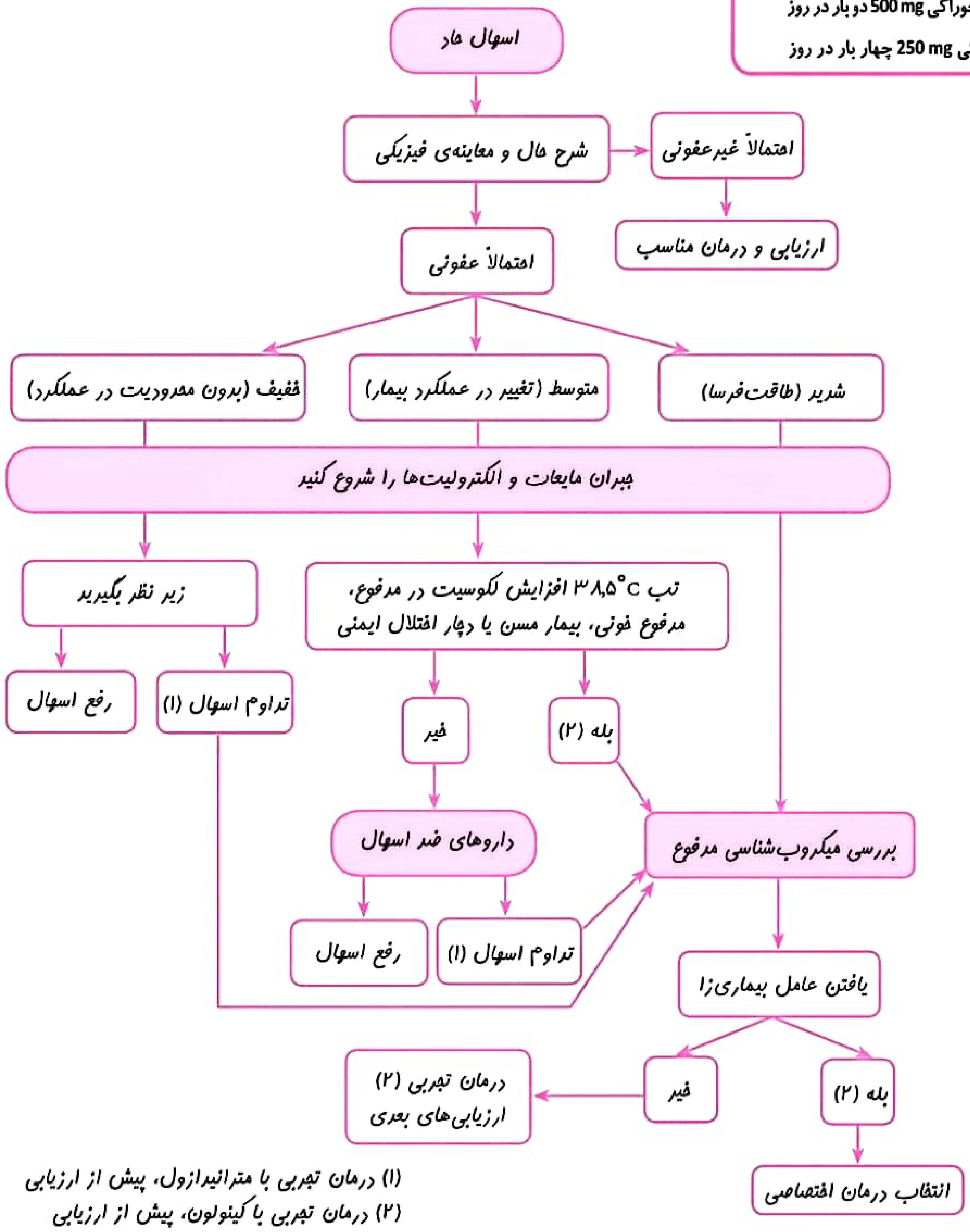
الف) بررسی میکروب‌شناسی مدفوع

ب) اصلاح آب و الکترولیت

ج) سیپروفلوکساسین خوراکی 500 mg دو بار در روز

د) مترونیدازول خوراکی 250 mg چهار بار در روز

پاسخ قبل از هرکاری برای بیماری که اندیکاسیون ارزیابی داره چه کنیم؟ «اصلاح آب و الکترولیت‌ها و هیدراتاسیونِ بیمار». واضحه که اول باید مایعاتی که بیمار از دست داده جبران کنی. بعد از این اگه بیمارت خوب شد که می‌فرستی بره دنبال زندگیش ولی اگه همچنان اسهال ادامه داشت، با توجه به این الگوریتم خیلی مهم بهش اپروچ می‌کنیم.



(۱) درمان تجربی با مترانیدازول، پیش از ارزیابی

(۲) درمان تجربی با کینولون، پیش از ارزیابی

سؤال	۴				
پاسخ	ب				

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ **اپروچ به اسهال حاد خفیف**

ابتدا بیمار رو به آب می‌بندیم تا هیدراته بشه. در صورت تداوم اسهال دو کار می‌کنیم:

☝ درمان تجربی با مترونیدازول

✌ بررسی وضعیت میکروبیولوژیک مدفوع

اسهال این مامان بزرگ تو یه نگاه، به نظر اسهال خفیفی میاد که به مایع درمانی ساده جواب نداده و حالا باید براش آزمایش مدفوع بگیریم و درمان تجربی با مترونیدازول شروع کنیم؛ اما به مصرف آنتی‌بیوتیک و وجود RBC و WBC تو مدفوعش دقت کن: در هر اسهال حادی با شرح حال مصرف اخیر آنتی‌بیوتیک مثل آمپی‌سیلین، کلیندامایسین و سفالوسپورین باید به اسهال کلستریدیوم دیفیسیلی یا همون کولیت سودوممبران شک کنیم.

درمان اسهال کلستریدیوم دیفیسیلی ← قطع مصرف آنتی‌بیوتیک فعلی و تجویز مترونیدازول یا وانکومایسین خوراکی.

اپروچ به اسهال حاد متوسط

پاسخ ابتدا بیمار رو به آب می‌بندیم تا هیدراته بشه.

اگر بیمار ریسک فاکتور نداشته باشد، داروهای ضد اسهال مثل لوپرامید و دیفنوکسیلات تجویز می‌کنیم و در صورت تداوم اسهال دو کار می‌کنیم.

☝ درمان تجربی با مترونیدازول

✌ بررسی وضعیت میکروبیولوژیک مدفوع

پس اپروچ اسهال متوسط بدون ریسک فاکتور میشه: اپروچ اسهال خفیف + ضد اسهال.

ریسک فاکتورها چی هستن؟ تب بیشتر و مساوی ۳۸٫۵، مدفوع خونی، افزایش WBC مدفوع، سن بالا، نقص ایمنی. اینارو با اندیکاسیونای بررسی اسهال که قبلا گفتم اشتباه نگیری.

داروهای ضد اسهال مثل لوپرامید را در اسهال نسبتاً شدیدِ غیر تب‌دار و غیرخونی میشه تجویز کرد. ولی این داروها نباید در دیسانتریِ تب‌دار تجویز شن چون می‌تونن باعث بدتر شدن اسهال و تداومش بشن. چرا؟ چون دیسانتریِ تب‌دار علت عفونی داره و باید با آنتی‌بیوتیک درمان بشه، اگه به بیمار لوپرامید بدم و اسهال مهار بشه، عوامل پاتوژن توی روده می‌مونن و عروسی می‌گیرن!

بنابراین توی اسهال متوسط با ریسک فاکتور ضداسهال نمیدیم و صبر هم نمی‌کنیم. هم‌زمان با هیدراتاسیون، بررسی میکروبیولوژیک انجام میدیم و طبق جواب؛ آنتی‌بیوتیک‌تراپی اختصاصی یا تجربی با یک کینولون مثل سیپروفلوکساسین می‌کنیم.

یعنی برای پدربزرگ ما دال میشه جواب؟ نه:

✍ بسیاری از پزشکان برای درمان دیسانتری تب‌دار در بیمارانی که به طور متوسط یا شدیداً بدحال هستند، بدون ارزیابی تشخیصی و به صورت تجربی، یک کینولون مثل سیپروفلوکساسین (۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت سه تا پنج روز) و یا مترونیدازول (۲۵۰ میلی‌گرم چهار بار در روز به مدت هفت روز) را تجویز می‌کنند.

---

۵ خانم ۷۰ ساله / اسهال آبکی و غیر خونی از ۲ هفته قبل / سابقه‌ی فارنژیت ۱ ماه پیش و درمان با آموکسی سیلین / دهیدره نیست / CBC، BUN و کراتینین نرمال / RBC و WBC فراوان در مدفوع. بهترین درمان کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) مترونیدازول

ب) وانکومایسین

ج) سیپروفلوکساسین

د) لوپرامید

۶ آقای ۷۲ ساله با اسهال خونی از ۵ روز قبل مراجعه می‌کند. سابقه بیماری زمینه‌ای ندارد. داروی خاصی مصرف نمی‌کند. انجام تمام اقدامات زیر در این بیمار مناسب است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

الف) بررسی میکروبیولوژیک مدفوع

ب) هیدراتاسیون مناسب

ج) درمان تجربی با آنتی‌بیوتیک

د) تجویز داروی آنتی‌موتیلیتی

سؤال	۵	۶		
پاسخ	الف	د		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

✍ در تمام مواردی که بررسی میکروبیولوژیک انجام می‌دهیم، در صورت یافتن عامل بیماری‌زا، ادامه‌ی درمان با آنتی‌بیوتیک اختصاصی آن خواهد بود و در صورت نیافتن عامل بیماری‌زا، آنتی‌بیوتیک تجربی را ادامه می‌دهیم.

اپروچ به اسهال حاد شدید

ابتدا بیمار رو به آب می‌بندیم تا هیدراته بشه بعد بدون معطلی یک کار انجام میدیم ☜ بررسی میکروبیولوژیک مدفوع:

- اگر عامل اسهال پیدا شد درمان آنتی‌بیوتیکی اختصاصی میدیم.
- اگر هم پیدا نشد مثل قبل سیپروفلوکساسین میدیم و بقیه بررسی‌ها رو انجام میدیم.

۷ خانم ۵۰ ساله‌ای که به علت انسداد خروجی معده ناشی از زخم پپتیک مزمن تحت عمل جراحی بیلروت II قرار گرفته است. به دلیل درد شکمی، اسهال، تعریق و طپش قلب ۳۰ دقیقه بعد ازغذاخوردن مراجعه می‌کند. همه‌ی اقدامات زیر برای بیمار کمک کننده است است بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) وعده‌های غذایی با حجم کم و دفعات زیاد
ب) صرف بیشتر کربوهیدارت‌های ساده
ج) مصرف کمتر مایعات همراه با غذا
د) مصرف ترکیبات ضد اسهال

پاسخ ✍ یکی از دلایل غیرعفونی اسهال، سندرم دامپینگه. پاتولوژیش تخلیه‌ی زودهنگام مواد غذایی هایپراسمولار به دوازدهه‌ست که معمولاً به‌دنبال جراحی‌هایی مثل بای‌پس معده یا بیلروت (جهت درمان چاقی یا بیماری زخم پپتیک) ایجاد میشه. مثل این خانم که جراحی معده داشته و حالا بعد از هر وعده‌ی غذا احساس پری سر دل، درد، تهوع، استفراغ، اسهال غیر خونی، تعریق، فلاشینگ صورت و افت فشار در فاصله سی دقیقه تا دو ساعت بعد از غذا داره. یادت باشه یکی از ویژگی‌های سؤال‌خیز سندرم دامپینگ هایپرانسولینمیه که به خاطر تخلیه‌ی سریع مواد به دوازدهه و افزایش ناگهانی قند خون بعد از دو سه ساعت بعد از غذا ایجاد میشه که در نهایت باعث افت قند خون میشه.

به این خانم توصیه می‌کنیم که برای بهبود علائمش وعده‌های غذایی کم حجم با تعداد زیاد و داروهای ضد اسهال مثل لوپرامید استفاده کنه. ولی مصرف کربوهیدرات‌های ساده به علت هایپراسمولاریتی سبب کشیده شدن آب بیشتری به درون لومن روده و بدتر شدن اسهال میشه. شد ب!

۸ تمام اعضای یک خانواده دو ساعت پس از مصرف کیک خامه‌ای دچار استفراغ و اسهال آبکی بدون خون شده‌اند. محتمل‌ترین علت ایجاد این مشکل چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) استاف اورئوس
ب) باسیلوس سرئوس
ج) شیگلا
د) ویبریوکلرا

پاسخ پشت سر هر مسمومیت غذایی موفق یک پاتوژن موفق‌تره! ☹ شایع‌ترین‌اش رو ببین:

- مرغ آلوده ☜ سالمونلا، شیگلا، کمپیلوباکتر
- تخم‌مرغ ☜ سالمونلا
- خامه و مایونز ☜ استاف اورئوس، سالمونلا
- غذاهای دریایی ☜ ویبریو، سالمونلا، هپاتیت A
- لبنیات، قارچ، غذای خام ☜ لیستریا
- برنج و غذای دوباره گرم شده ☜ باسیلوس سرئوس

اینجا هم بدونه استاف به تنهایی مراسم تولد رو تعطیل کرد 🎂 سالمونلا هم آدم رو یاد اون ورزشکاره میندازه که همه جا بود و سلفی می‌گرفت! 📷

سؤال	۷	۸		
پاسخ	ب	الف		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

اسهال مسافران نوعی اسهال عفونیه که با توجه به پاتوژن گناهکار ممکنه آبکی یا خونی باشه.

اگر آبکی بود ☜ ای‌کلای انتروتوکسیژنیک شایع‌ترین عاملشه.

اگر خونی بود ☜ کمپیلوباکتر و شیگلا شایع‌ترین عاملاشن.

میگن ژیاردیا هم عامل اصلی اسهال مسافران تو روسیه است. جا داره یه سلامیم بکنیم به اونی که سینگل رفت جام‌جهانی روسیه و با ژیاردیا برگشت 😂 سلام مُسهل ژیاردیایی 👋

پاسخ ✍ چهار دسته از بیماران باید قبل از سفر به کشورهای پرخطر برای جلوگیری از ابتلا به اسهال مسافرین آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک مثل سیپروفلوکساسین، آزیترومایسین و یا ریفاکسیمین مصرف کنند؟

۱. نقص ایمنی

۲. بیماری التهابی روده (IBD)

۳. هموکروماتوز

۴. آکلریدی معده

اسهال مزمن

پاسخ علل اسهال مزمن: اسهال مزمن برخلاف اسهال حاد، اکثراً دلایل غیرعفونی داره. پنج نوع اسهال مزمن داریم؟

۱) اسهال ترشحی ☜ اسهالی آبکی، حجیم و بدون درد شکمه که با ناشتا بودن همچنان باقی می‌مونه و اُسمُتیک گَپ نرمال داره. علل اسهال ترشحی؟

☝ دارو یا توکسین: داروهای مسهل (بیزاکودیل، روغن کرچک)، مصرف مزمن اتانول، توکسین‌هایی مثل آرسنیک

✌ بیماری‌های گوارشی مثل رزکسیون روده، بیماری‌های مخاطی روده و فیستول‌ها؛ مثلا به دنبال درگیری ترمینال ایلئوم در کرون یا پس از رزکسیون روده، اسیدهای صفراوی جذب نمیشن و وارد کولون میشن که باعث اسهال ترشحی میشه.

👌 هورمون‌ها: تومور کارسینوئید، VIPoma، گاسترینوما، کارسینوم مدولاری تیروئید، ماستوسیتوز سیستمیک، ویلوس آدنوما.

۲) اسهال اُسمُتیک ☜ وقتی یه ماده‌ای که از نظر اسمزی فعاله خوردی که آب رو اونقد به داخل لومن روده می‌کِشه تا اسهال ایجاد شه. معمولاً اُسمُتیک گَپ مدفوع بالاست (بالای ۵۰) و اسهال با ناشتایی یا پرهیز از خوردن اون ماده رفع میشه.

(مجموع سدیم و پتاسیم مدفوع×۲)− اسمولالیته پلاسما = اُسمُتیک گپ مدفوع

---

۹ فردی مقصد سفر به مناطق آلوده از نظر عفونت‌های روده‌ای با احتمال زیاد بروز اسهال را دارد. در کدام گروه زیر نیاز به پروفیلاکسی با آنتی‌بیوتیک می‌باشد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده

ب) زنان باردار

ج) افراد مسن بالاتر از ۷۰ سال

د) سنگ‌های صفراوی

۱۰ اسهال ترشحی در کدام یک از موارد زیر مکانیسم اصلی ایجاد اسهال است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) بیماری سلیاک

ب) بیماری ویپل

ج) تومور VIPoma

د) پانکراتیت مزمن

سؤال	۹	۱۰
پاسخ	الف	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۱۱) آقای ۵۰ ساله با اسهال طول کشیده بیش از سه ماه مراجعه کرده است. کولونوسکوپی نرمال است. در نمونه‌های مدفوع در سه نوبت WBC,RBC ندارد، تست کالپروتکتین منفی است و تست مدفوع نشان‌دهنده یک مدفوع با اسمولاریتی گپ ۷۰ است. مصرف کدام‌یک از داروهای زیر در ایجاد اسهال این بیمار کمتر محتمل است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) منیزیم هیدروکساید
ب) لاکتولوز
ج) اریترومایسین
د) پودر پلی‌اتیلن گلیکول

پاسخ **علت اسهال اُسمُتیک؟**

✌ مسهل‌های اُسمُتیک مثل آنتی اسیدهای حاوی منیزیم، لاکتولوز، فروکتوز، سوربیتول و پودر پلی‌اتیلن گلیکول اسهالی که میدن معمولاً اُسمُتیک گپش بیش از ۵۰ میلی‌اسمول/لیتره.

✌ سوءجذب کربوهیدرات: یکی از شایع‌ترین علل اسهال مزمن در بالغین، عدم تحمل لاکتوز است.

۳) اسهال استئاتوره‌ای ☜ بیماری‌های همراه با سوءجذب چربی که اسهالی به شدت بد بو و چرب میده و همینطور بیمار نشانه‌هایی از کاهش وزن و سوءتغذیه هم داره. دوتا از علتای مهمش؟

✌ نارسایی پانکراس

✌ علل مخاطی نظیر اسپروی سلیاک، اسپروی تروپیکال، ویپل

۴) اسهال التهابی ☜ اسهال خونی همراه با درد شکم و تب میده. کالپروتکتین (پروتئین لکوسیتی) در مدفوع به نفع اسهال التهابی است. علل شایعش؟

۵. بیماری‌های التهابی روده مثل کولیت اولسراتیو و کرون

۶. نقص ایمنی اولیه یا ثانویه: مثلاً در هیپوگاماگلوبولینمی که اسهال التهابی شایعه و اغلب به دنبال ژیاردیا ایجاد میشه.

۷. گاستروانتریت ائوزینوفیلی

۸. کولیت میکروسکوپیک

۵) افزایش حرکات روده هم میتونه اسهال بده، مثلا در هایپرتیروئیدی، سندرم کارسینوئید و مصرف بعضی داروها مثل پروستاگلاندین‌ها.

تشخیص و ارزیابی اسهال مزمن

۱۲) خانم ۲۸ ساله با اسهال خونی از ۸ روز پیش مراجعه می‌کند. انجام کدام یک از اقدامات زیر در اولویت کمتری قرار دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطبی)

الف) کولونوسکوپی
ب) شرح‌حال و معاینه دقیق
ج) سونوگرافی شکم
د) آزمایش کامل و کشت مدفوع

پاسخ ✌ قدم اول مثل همیشه شرح حال، معاینه‌ی فیزیکی، گرفتن آزمایشات معمول خون مثل CBC، آزمایش مدفوع (S/E) و تستاییه که بتونن وضعیت هیدراتاسیون و الکترولیت‌های بیمار رو بهمون نشون بدن.

✌ تو مرحله‌ی بعد با توجه به نتایج بررسی‌های اولیه به یه سری بیماری‌ها شک می‌کنی و بررسی‌های اختصاصی‌تری انجام میدی؟

۱. **اگر شواهد التهاب داشت** مثل خون و لکوسیت در مدفوع، زورپیچ و تب ☜ این سه کار رو انجام بده:

✌ با شک به انگل کشت مدفوع بگیر.

✌ با شک به اسهال کلستریدیومی، توکسین کلستریدیوم مدفوع رو چک کن.

✌ با شک به بیماری التهابی روده، کولونوسکوپی (بالای ۴۰ سال) و یا رکتوسیگموئیدوسکوپی

سؤال	۱۱	۱۲		
پاسخ	ج	ج		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

(زیر ۴۰ سال) به همراه بیوپسی بگیر. پس در این خانم ۲۸ ساله با اسهال خونی، تمام موارد لازم است به جز سونوگرافی!

۲. **اگر اسهال چرب داشت** ☜ باید اول بیماری‌های روده کوچک و بعد پانکراس را بررسی کنیم، پس به این ترتیب جلو برو:

☝ اندوسکوپی کن و بیوپسی و آسپیراسیون از روده‌ی کوچک بگیر.

✌ اگر نرمال بود با رادیوگرافی مثل باریم و غیره، روده‌ی کوچک را بررسی کن.

👌 اگر نرمال بود، عملکرد پانکراس را بررسی کن.

پاسخ ۳. **اگر شواهد التهاب و اسهال چرب نداشت** ☜ به IBS و اسهال عملکردی شک می‌کنیم. پس باید سایر بیماری‌ها رو با آزمایش و بیوپسی حتماً رد کنیم:

☝ در هر بیمار مشکوک به IBS باید برای رد IBD، رکتوسیگموئیدوسکوپی و بیوپسی کولورکتال بگیریم.

✌ باید برای رد سایر بیماری‌ها، آزمایشات زیر را درخواست کنیم:

CBC، بیوشیمی (Cr، BUN، الکترولیت)، ESR، CRP، آهن، فولات، B12، TTG-IgA (برای سلیاک)، C4، چربی مدفوع، کالپروتکتین. پس برای این خانم که اسهال چرب و التهابی ندارد، باید با شک به IBS، اول گزینه‌ی ب رو اجرا کنیم.

در صورت رد تمام این موارد، اسهال عملکردی مطرح می‌شود. برای کنترل آن می‌توان مصرف سوربیتول و محدودیت لاکتوز را توصیه کرد.

پاسخ گفتیم یکی از علل اسهال ترشحی مزمن هورمون‌ها و تومورهای مترشحه‌ی هورمونه، مثل تومور کارسینوئید. این تومور از چاله‌های غدد لیبرکون منشأ میگیره که سروتونین، هیستامین، پروستاگلاندین، کینین ترشح می‌کنن و در نتیجه باعث تحریک سیستم گوارشی و ایجاد اسهال ترشحی میشه. بیشترین تجمع این تومورها در مجاورت دریچه‌ی ایلئوسکاله. علائم تومور کارسینوئید شامل برافروختگی (فلاشینگ)، درد شکمی، اسهال، تنگی نفس، آسم و ویزینگ ریه، مشکلات قلبی و دریچه‌ای سمت راست قلبه.

برای تأکید میگم: توی سؤالا اسهال مزمن دیدی بزن آزمایش خون و مدفوع و بعدش کولونوسکوپی/ رکتوسیگموئیدوسکوپی. حالا یا منظور طراح بیماری التهابی روده‌س یا کنسر و IBS.

---

۱۳ بیمار خانم ۳۵ ساله با شکایت دفع مدفوع شل و بلغمی از حدود ۶ ماه قبل بدون سابقه کاهش وزن مراجعه کرده است. CBC و ESR و Stool exam طبیعی بوده است. اقدام بعدی شما کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) باریم انما
ب) رکتوسگوئیدوسکوپی و بیوپسی
ج) ترانزیت روده باریک
د) سی‌تی اسکن شکم و لگن

۱۴ خانمی ۴۵ ساله با شکایت اسهال آبکی و غیر خونی از ۳ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار از تنگی نفس نیز شکایت دارد. در معاینه ملتحمه Pale نیست و در سمع ریه و قلب به ترتیب wheezing و سوفل نارسایی تری‌کوسپید شنیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) کرون
ب) VIPoma
ج) IBS
د) تومور کارسینوئید

سؤال	۱۳	۱۴		
پاسخ	ب	د		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

بریم سراغ سوال‌های جدید

۱۵ در کدامیک از موارد زیر درمان اسهال حاد احتیاج به ارزیابی خاصی نداشته و بیمار را صرفا با تجویز مایعات خوراکی باید پیگیری کنید؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- میان‌دوره کشوری)

الف) آقای ۴۵ ساله با اسهال از روز گذشته و تب ۳۸ درجه

ب) خانم ۶۰ ساله با اسهال از دو روز گذشته و درد شکم

ج) خانم ۴۲ ساله با اسهال از ۴ روز گذشته

د) آقای ۳۸ ساله با اسهال از ۲ روز گذشته و سابقه مصرف کلیندامایسین در هفته گذشته

پاسخ: بنظرت شبیه سوال ۳ نیست؟! درد شکم در بالای ۵۰ سال، اسهال مداوم بالای ۴۸ ساعت و سابقه‌ی مصرف آنتی‌بیوتیک اخیر در اسهال باید ارزیابی شود، پس فقط الف نیاز به ارزیابی ندارد. یادت باشه در اسهال تب زیر ۳۸/۵ به تنهایی اندیکاسیون بررسی نیست.

۱۶ آقای ۴۴ ساله بدون سابقه بیماری خاص با اسهال آبکی از روز گذشته آمده. داروی مصرف نمی‌کرده. در معاینه شواهد دهیدراتاسیون خفیف دارد.

T:38c,PR:90,BP:120/80

درصورتی که بیمار اصرار به دریافت یک اقدام تشخیصی-درمانی در همین مرحله داشته باشد، کدام تصمیم گیری مناسب‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- کشوری)

الف) درمان با سیپروفلوکساسین

ب) تجویز لوپرامید

ج) سرم تراپی وریدی

د) بررسی میکروبیولوژی مدفوع

پاسخ: این بیمار با اسهال حاد و خفیف و بدون اندیکاسیون بررسی آمده است.گول نخوریا! تب کم‌تر از ۳۸/۵ اندیکاسیون ارزیابی نیست. پس آزمایش مدفوع لازم نیست. با توجه به خفیف بودن، هیدراتاسیون خوراکی کافی است و سرم وریدی لازم نیست. آنتی‌بیوتیک کینولون مثل سیپروفلوکساسین هم معمولاً به صورت تجربی در اسهال خونی یا تب‌دار متوسط به بالا تجویز می‌کنیم. از بین گزینه‌ها، لوپرامید را به عنوان یک آنتی‌موتیلیتی می‌توان برای کنترل علامتی اسهال غیرخونی و بدون تب بالا تجویز کرد. پس ب شد.

۱۷ آقای ۵۶ ساله با سابقه هایپوتیروئیدیسم و مصرف لووتیروکسین از سه سال قبل، به دنبال اسهال از حدود ۴ هفته قبل آمده. در معاینه ill است و علائم حیاتی:

T:37.3 C , PR:96 , BP:120/80

همه اقدامات تشخیصی زیر مناسب است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- کشوری)

الف) Stool calprotectin

ب) ESR, CRP

ج) Abdominal CT scan

د) Anti-TTG-IgA

پاسخ: در اسهال مزمنی که چرب نیست و شواهدی به نفع التهاب از جمله خون و لکوسیت در مدفوع ندارد، باید با شک به اسهال عملکردی و IBS ابتدا رکتوسیگموئیدوسکوپی و بیوپسی بگیریم و آزمایشاتی از جمله آنتی تیشو ترانس‌گلوتامیناز، کالپروتکتین و ESR و CRP چک کنیم. برگرد از جواب ۱۳، سایر آزمایشات رو بخون. سی‌تی اسکن جزء این تست‌ها نیست.

از اسهال و سوالاش غافل نشیا!

سؤال	۱۵	۱۶	۱۷
پاسخ	الف	ب	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
یبوست	مهم	۳

یبوست یعنی دَفَعات دفع کمتر از سه بار در هفته، همراه با احساس سختی و عدم دفع کامل مدفوع. البته این با یُبس بودن اخلاقی یکم فرق داره. اون یکی نمیره تو، این یکی نمیاد بیرون! یبوست از نظر زمانی به دو دسته تقسیم میشه:

- یبوستی که به تازگی شروع شده (Recent onset) ☜ کمتر از ۳ ماه
- یبوست مزمن ☜ بیش از ۳ ماه

علل یبوست Recent onset:

- تنگی به علت نئوپلاسم / تنگی غیر نئوپلاسمی به دنبال ایسکمی، دیورتیکول، التهاب
- اسپاسم اسفنکتر آنال در نتیجه‌ی فیشر آنال یا هموروئید دردناک
- داروها

علل یبوست مزمن:

۱. سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر با یبوست غالب (IBS-C)
۲. داروها
۳. انسداد کاذب کولون (حرکت کند کولون، مثلا در هیرشپرونگ)
۴. اختلال در تخلیه‌ی رکتوم به علت اختلال کارکرد کف لگن و عضلات
۵. اختلال غدد درون‌ریز مثل هایپوتیروئیدی، هایپرکلسمی و بارداری
۶. علل دیگر مثل اختلال اعصاب و روان و عضلانی.

۱ خانم ۲۵ ساله‌ای با شکایت یبوست از ۵ سال مراجعه کرده است. بیمار شرح‌حالی از کاهش وزن، آنمی، خونریزی رکتال و یا سابقه خانوادگی کانسر کولون ندارد. کدام یک از موارد زیر را برای ایشان درخواست می‌نمایید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطبی)

الف) colonoscopy
ب) Anorectal manometery
ج) Check of colon transit time
د) Check of CBC-TSH-K-Ca

پاسخ: در بیش از ۹۰ ٪ بیماران مبتلا به یبوست، علت زمینه‌ای (مثل سرطان، افسردگی، هیپوتیروئیدی) وجود نداره و یبوست با هیدراتاسیون کافی، ورزش و مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر غذایی در روز برطرف می‌شه. اما ما بررسی‌هامون رو انجام میدیم تا اگه یبوست ادامه داشت به تشخیص دقیق برسیم.

در بیماران مبتلا به یبوست مزمن، بررسی‌های اولیه شامل موارد زیر است:

- بررسی خون (CBC، آهن، کلسیم، پتاسیم، تست تیروئید TSH)
- رادیوگرافی ساده‌ی قفسه سینه و شکم
- بررسی انسداد مکانیکی روده به کمک ابزار مناسب با توجه به ریسک‌فاکتورها.

حالا **ریسک‌فاکتورها** چین؟ کاهش وزن، خون‌ریزی از رکتوم یا خون‌ریزی همراه با یبوست به ویژه پس از ۴۰ سالگی.

سؤال	۱			
پاسخ	د			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۲ آقای ۵۲ ساله با شکایت یبوست و کاهش وزن قابل توجه در سه ماه گذشته مراجعه کرده است. اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطبی)

الف) دفیکوگرافی

ب) ترانزیت کولون

ج) مانومتری آنورکتال

د) کولونوسکوپی

پاسخ در صورت وجود ریسک فاکتورها سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف همراه با انمای باریم یا کولونوسکوپی به تنهایی، برای رد بیماری‌های ساختاری نظیر سرطان یا تنگی کولون ضروری است. کولونوسکوپی به‌صرفه‌ترین روش است زیرا امکان بیوپسی، پولیپکتومی و اتساع تنگی‌ها را فراهم می‌کند.

در بیمار با یبوست ایزوله و بدون هیچ ریسک فاکتوری، از باریم انما استفاده می‌کنیم.

۳ بیمار مردی ۳۰ ساله با شکایت یبوست بدون علائم سیستمیک و کاهش وزن مراجعه کرده است. وی داروی خاصی مصرف نمی‌کند. آزمایشات اولیه و گرافی ساده شکم نرمال است. بهترین اقدام بعدی در بیمار کدام مورد است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) ترانزیت کولون (Colon transit)

ب) مانومتری آنورکتال (Anorectal manometry)

ج) خروج بالون با زور زدن (Balloon expulsion)

د) پروکتوگرافی حین دفع (defecation proctography)

پاسخ اگر تمام بررسی‌ها نرمال بود و در گزینه‌ها هم ابزاری برای رد انسداد نبود، حالا چه کنیم؟ برو سراغ ارزیابی‌های بیشتر یبوست؛ حتماً به ترتیبش توجه کن.

مطالعه‌ی زمان ترانزیت کولون = زمان عبور مواد از کولون

به بیمار تعدادی مارکر خوراکی رادیواُپک میدیم بخوره و انتظار داریم بعد از ۵ روز بیش از ۸۰٪ این مارکرها رو دفع کرده باشه. اگر این تست نرمال بود، ۶ ماه درمان علامتی میدم. ولی اگر غیرطبیعی بود، میریم مرحله‌ی بعد. در کل اگر یبوست خیلی شدید بود، باید ارزیابی‌های پیشرفته رو تا پیدا کردن علت ادامه بدیم.

مانومتری آنورکتال و فرستادن بالون

پزشک یه بالون می‌فرسته داخل رکتوم بیمار و ازش می‌خواد تلاش کنه تا بالون رو دفع کنه. بسته به اینکه بیمار بتونه چند سانتی‌مترش رو دفع کنه تشخیص اختلالات کارکردی عضلات کف لگن، یا افتادگی بیش از حد پرینه مطرح میشه.

اندازه‌گیری زاویه‌ی آنورکتال، پروکتوگرافی دفعی.

۴ خانم ۴۳ ساله‌ای به علت دفع مدفوع سفت یک بار در هفته مراجعه می‌کند. بیمار می‌گوید اکثر مواقع برای دفع مدفوع از انگشت دست استفاده می‌کند. آزمایشات و کولونوسکوپی که با خود آورده است همگی نرمال هستند. کارمند اداره است و دارویی مصرف نمی‌کند. همه‌ی موارد زیر را به بیمار توصیه می‌کنید، بجز: (پره انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)

الف) مصرف کافی مایعات (هیدراتاسیون)

ب) مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر در روز

ج) ورزش کافی

د) توالت رفتن و زور زدن به مدت ۱۵ دقیقه

پاسخ در بیمار با یبوست مزمن که هیچ ریسک فاکتور و علت زمینه‌ای برای یبوست (سرطان، افسردگی، هیپوتیروئیدی) نداره و تمام ارزیابی‌های اولیه‌ش یعنی آزمایشات، گرافی، کولونوسکوپی و باریم انما نرماله، می‌تونیم به بیمار یک دوره اصلاح لایف استایل شامل هیدراتاسیون کافی، ورزش و مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر غذایی در روز یا حتی مصرف مسهل رو توصیه کنیم و تازه اگر یبوستش به این موارد جواب نداد، بریم سراغ ارزیابی‌های بیشتر از جمله کولون ترانزیت و غیره. حالا سؤال روبرو که اصلاً گزینه‌ی چهارمش برای مریض یبس، سمّه!

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	د	الف	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

بریم سراغ سوال‌های جدید

۵ خانم ۵۳ ساله با سابقه یبوست از ۱۰ سال قبل که در بررسی‌های انجام شده آزمایشات، گرافی، کولونوسکوپی و ترانزیت کولون طبیعی بوده است. اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- کشوری)

الف) پروکتوگرافی
ب) مانومتری و تست برنامه‌های بازتوانی
ج) ارجاع جهت برنامه‌های بازتوانی
د) بررسی بیشتر نیاز نمی‌باشد

پاسخ یبوست مزمن در این خانم به ترتیب با آزمایشات، رد انسداد (کولونوسکوپی) و مرحله‌ی کولون ترانزیت نرمال بوده، در چنین شرایطی با شک به یبوست عملکردی می‌توان یک دوره درمان علامتی ۶ ماهه به بیمار داد و اگر جواب نداد، بریم سراغ مرحله‌ی بعد یعنی مانومتری و بالون. البته در یبوست شدید، مثل این خانم با ۱۰ ساااااال یبوست، باید ارزیابی‌ها رو تا پیدا کردن علت ادامه بدیم. پس بهترین جواب ب است. برگرد جواب ۳ رو بخون.

۶ آقای ۴۵ ساله با شکایت از یبوست از چندین سال قبل آمده. در بررسی‌های اولیه آزمایشات و کولونوسکوپی یافته غیرطبیعی نداشت. اقدام بعدی؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره کشوری)

الف) ترانزیت کولون
ب) مانومتری آنورکتال
ج) پروکتوگرافی
د) بررسی دفع بالون

پاسخ ترتیب بررسی یبوست مزمن چی بود؟

۱. آزمایش
۲. رد انسداد مکانیکی با کولونوسکوپی
۳. تست کولون ترانزیت. پس الف شد.
۴. مانومتری و بالون

اغلب بهترین قسمت‌های زندگی، زمانی بوده‌اند که هیچ کاری نکرده‌ای و نشسته‌ای دربارهٔ زندگی فکر کرده‌ای؛ منظورم این است که مثلاً می‌فهمی که همه‌چیز بی‌معناست. بعد به این نتیجه می‌رسی که خیلی هم نمی‌تواند بی‌معنا باشد؛ چون تو می‌دانی بی‌معناست و همین آگاهی تو از بی‌معنا بودن تقریبا معنایی به آن می‌دهد... می‌دانی منظورم چیست؟ بدبینی خوش‌بینانه.

«عامه‌پسند»

چارلز بوکوفسکی

سؤال	۵	۶		
پاسخ	ب	الف		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
خونریزی گوارشی	خیلی مهم	۷

۱ بیمار آقای ۴۰ ساله که با شکایت هماتمز و ناپایداری همودینامیک به اورژانس آورده شده است. پس از احیای همودینامیک تحت‌آندوسکوپی قرار می‌گیرد و منشأ خونریزی، واریس تشخیص داده می‌شود. انجام کدام‌یک از اقدامات زیر را توصیه نمی‌کنید؟ (پره‌انترنی تیر ۹۷- میان دوره‌ی کشوری)

الف) باند لیگاسیون
ب) اکترئوتاید وریدی
ج) تزریق اپی‌نفرین به داخل ورید در حال خونریزی
د) اسکلروتراپی

پاسخ علل خون‌ریزی گوارشی

خون‌ریزی گوارشی به دوسته‌ی کلی فوقانی (یعنی بالاتر از لیگامان تریتز) و تحتانی (پایین‌تر از لیگامان تریتز) تقسیم میشه.

علل خون‌ریزی گوارشی فوقانی:

- شایع‌ترین ☜ ۱. زخم پپتیک ۲. واریس مری
- کشنده‌ترین و حادترین علت ☜ واریس مری

✍ در بیماران سیروتیک به علت پورتال هایپرتنشن، واریس مری خیلی شایعه. اگر یه مریض سیروتیک واریس مری داشت به سرعت باید اقدام درمانی از طریق اندوسکوپی مانند band ligation، اسکلروتراپی و در صورت لزوم دارودرمانی مانند تجویز اکترئوتاید صورت بگیره. ببین راحت بگم... واریس مری رو مثل یک بادکنک پر از خون در نظر بگیر که هر لحظه و با کوچکترین فشاری ممکنه بتـــــرکه

۲ در خونریزی از منشأ دیورتیکول کولون کدام جمله صحیح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) در ۲۵-۲۰ درصد موارد خونریزی خود به خود قطع می‌شود.
ب) اغلب موارد منشأ از کولون راست است.
ج) درمان اولیه آن برداشت بخشی از کولون است.
د) همراه با درد و به صورت ناگهانی است.

پاسخ علل خون‌ریزی گوارشی تحتانی:

- شایع‌ترین علت در عموم جامعه ☜ هموروئید
- شایع‌ترین علت بعد از هموروئید در بزرگسالان ☜ دیورتیکول
- شایع‌ترین علت خون‌ریزی وسیع در بچه‌ها ☜ دیورتیکول مِکل
- شایع‌ترین علت خون‌ریزی قابل توجه با منشأ کولون در بچه‌ها و نوجوانان ☜ IBD
- شایع‌ترین علل خونریزی گوارشی تحتانی با منشأ روده‌ی باریک در بالغین ☜ اکتازی عروقی، بدخیمی و اروزیون‌های ناشی از NSAID.

✍ **تابلوی بالینی دیورتیکول** به عنوان شایع‌ترین علت خونریزی گوارش تحتانی رو یاد بگیر

شروع ناگهانی و بدون درد خون‌ریزی، که معمولاً خیلی حجیمه. دیورتیکول با منشأ کولون راست، خونریزی حجیم دارد. پس خون‌ریزی ریزه میزه یا مخفی، ویژگی دیورتیکول نیست. در بیش از ۹۰ درصد موارد خون‌ریزی خودبخود متوقف میشه ولی در ۱۵ درصد بیماران عود مجدد خون‌ریزی رو داریم.

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ج	ب		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ تشخیص و ارزیابی خون‌ریزی گوارشی

✌ اول باید **وسعت خون‌ریزی** گوارشی و آزاری تخمین بزنی؛ یعنی بفهمی مریضت حالش پایداره یا ناپایداره و ممکنه یهو بره تو شوک

بررسی ضربان قلب و فشار خون بهترین راه برای بررسی اولیه وضعیت بیمار مبتلا به خون‌ریزی از دستگاه گوارشیه. علتش هم اینه که خون‌ریزی شدید سبب تغییراتی در ضربان قلب، فشار خون، ایجاد تاکیکاردی و در نهایت افت فشار خون در حالت درازکش میشه.

هموگلوبین و هماتوکریت طی خون‌ریزی، همون اول کم نمی‌شن، پس تعیین وسعت خون‌ریزی حاد توسط این دو معیار امکان پذیر نیست. چرا؟! چون بیمار همزمان پلاسما و RBC رو از دست میده پس هموگلوبین و هماتوکریت بلافاصله افت نمی‌کنن و حدوداً ۷۲ ساعت طول میکشه.

پاسخ ✌ بعد باید حدوداً تشخیص بدی **منشأ خون‌ریزی** گوارشی فوقانیه یا تحتانی؛ یعنی بالای لیگامان تریتزه یا پایینش. این سه تا تعریف بهت کمک میکنه

۱. هماتمز: یعنی استفراغ خونی یا خون‌ریزی گوارش فوقانی بالاتر از لیگامان تریتز. هماتمز که میگه یاد "مزه" بیفت. یعنی بیمار داره خون رو مزه مزه میکنه

۲. ملنا: مدفوع قیری رنگی که میگه خون حداقل ۱۴ ساعت تو دستگاه گوارش مونده، پس هر چی منشأ خون‌ریزی پروگزیمال‌تر و فوقانی‌تر باشه، احتمال ملنا بیشتره. وقتی که می‌فرستنت مریض رو توشه رکتال کنی معمولاً دنبال همین ملنان!

۳. هماتوشزی: خون‌ریزی از مقعد که معمولاً نشان‌دهنده‌ی منشأ تحتانی برای خون‌ریزیه.

✍ خون‌ریزی گوارشی فوقانی میتونه اونقدر سریع اتفاق بیفته که فرصت کافی برای باقی ماندن خون تو روده و ایجاد ملنا نداشته باشه؛ در نتیجه خودشو به صورت هماتوشزی نشون بده که تو این موارد معمولاً بیمارمون بدحاله ☹ یعنی هماتوشزی رو همراه با به هم خوردن تعادل همودینامیکی (کاهش فشار خون بیمار در حالت خوابیده یعنی تست Tilt مثبت و کاهش ضربان قلب) و همچنین افت هموگلوبین داره. پس هماتوشزی دو حالت داره

✌ **هماتوشزی + ناپایداری همودینامیک** ☜ منشأ خون‌ریزی فوقانیه. پس باید بلافاصله خون‌ریزی بیمار رو جبران و بعدش اندوسکوپی اورژانسی کرد.

✌ **هماتوشزی + پایداری همودینامیک** ☜ منشأ خون‌ریزی تحتانیه و باید رکتوسیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی انجام بشه.

✍ افزایش نسبت BUN به کراتینین و تشدید صداهای روده‌ای به نفع خون‌ریزی گوارشی فوقانی است.

---

۳ آقای ۵۰ ساله‌ای با شکایت استفراغ خونی در چند ساعت اخیر مراجعه کرده است، برای بررسی اولیه وضعیت بیمار کدام یک از موارد زیر ارزش کمتری دارد؟ (پره‌انترنی آبان ۹۶- میان‌دوره کشوری)

الف) میزان هموگلوبین بیمار
ب) تعداد ضربان قلب
ج) فشار خون بیمار
د) تغییرات وضعیتی در فشار خون بیمار

۴ در تشخیص خونریزی گوارشی فوقانی از تحتانی، گزینه غلط کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) Hematochezia همواره نشان‌دهنده‌ی خونریزی گوارشی تحتانی است.
ب) خونریزی از روده کوچک ممکن است به‌صورت Melena یا Hematochezia باشد.
ج) افزایش BUN در حضور کراتینین نرمال، نشانگر خونریزی گوارشی فوقانی است.
د) افزایش صداهای روده، نشانگر خونریزی گوارشی فوقانی است.

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	الف		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۵ آقای ۳۲ ساله‌ای با هماتمز به اورژانس مراجعه نموده است. انجام کدامیک از اقدامات زیر ارجح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳- قطبی)

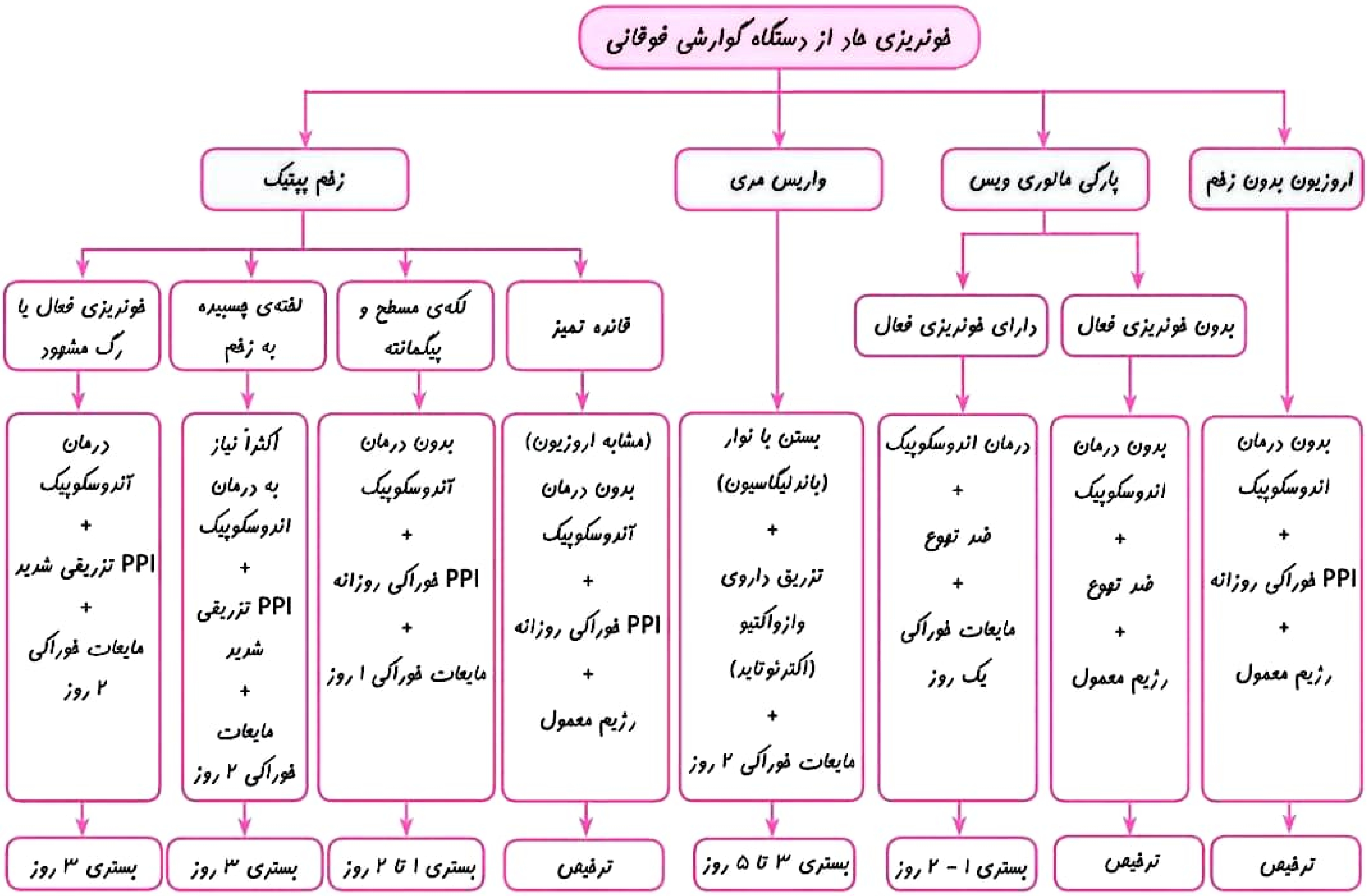
الف) آندوسکوپی اورژانس
ب) ارزیابی همودینامیک
ج) سی‌تی‌اسکن ریه با کنتراست وریدی
د) انفوزیون Packed Cell

پاسخ ارزیابی خون‌ریزی گوارشی فوقانی

برخورد با بیماری که خون‌ریزی گوارشی فوقانی داره بر اساس علتاش (چهارتا از شایع‌تریناش مثل زخم پپتیک، واریس مری، پارگی مالوری ویس و اروزن بدون زخم) متفاوته. ولی در هر صورت مریضی که با خون‌ریزی گوارشی فوقانی اومد ابتدا اقدامات اولیه اصلی مثل بررسی همودینامیک بیمار، گرفتن رگ محیطی و جبران آب و الکترولیت رو براش انجام میدی، بعد به تناسب حالش بیمارت رو تو بخش عادی یا ICU بستری می‌کنی و براش وقت اندوسکوپی می‌گیری، چرا؟! چون اندوسکوپی قدم اصلی تشخیصی برای خون‌ریزی گوارشی فوقانیه. قبل از اندوسکوپی می‌توان اقدامات زیر را انجام داد:

۱. تجویز PPI وریدی پروفیلاکسی
۲. تجویز اریترومایسین یا لاکتولوز برای پاکسازی مسیر و بهتر دیدن لوله
۳. تجویز آنتی‌بیوتیک سفتریاکسون در بیماری کبدی مزمن مثل سیروز و هپاتیت

حالا الگوریتم رو ببین.



سؤال	۵
پاسخ	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ ۱) زخم پپتیک با توجه به ویژگی اندوسکوپیکش چهار حالت داره:

۱- زخم با قاعده تمیز ☜ درمان اندوسکوپیک لازم نیست ☜ بیمار رو با توصیه به مصرف روزانه‌ی قرص پنتوپرازول (مهارکننده‌ی پمپ پروتون یا PPI) و رژیم معمولی مرخص می‌کنیم بره خونه 🚶 پس تمیز = ترخیص.

۲- زخم با لکه‌های مسطح رنگدانه‌دار ☜ درمان اندوسکوپیک لازم نیست ☜ توصیه به مصرف روزانه‌ی PPI خوراکی و رژیم مایع برای یک روز ☜ یک تا دو روز تو بخش تحت‌نظرش گرفته و بعد مرخص می‌کنیم. مثل این بیمار.

۳- زخم به همراه لخته‌ی چسبیده به زخم ☜ اکثراً درمان اندوسکوپیک لازم است + PPI تزریقی و شدید به همراه مایعات خوراکی (دو روز) ☜ سه روز بستریش می‌کنیم و بعد ترخیص، می‌گیم با یه خدافظی خوشحالمون کنه 👋

۴- خونریزی فعال یا رگ واضح (visible vessel) ☜ درمان اندوسکوپیک در کنار PPI تزریقی و شدید به همراه مایعات خوراکی (دو روز) لازمه ☜ سه روز بستریش می‌کنیم و بعد ترخیص، می‌گیم با یه خدافظی خوشحالمون کنه 👋

دو جزء درمانی در خونریزی گوارشی، تزریق خون و تجویز PPI است. نکاتش رو ببین:

۱. انفوزیون وریدی PPI بعد از درمان اندوسکوپیک در شرایط پرخطر یعنی لخته چسبیده، رگ واضح و خونریزی فعال، باعث کاهش مرگ و میر و خونریزی می‌شود. ولی تجویز آن قبل از اندوسکوپی به صورت پروفیلاکسی در هر بیمار خونریزی گوارشی، تأثیری در کاهش مرگ و میر و خونریزی ندارد، فقط عوارض را در شرایط پرخطر کم می‌کند.

پاسخ ۲. انتقال خون و پک سل در GIB، در هموگلوبین کم‌تر از ۷ لازم است. مگر در همراهی با بیماری زمینه‌ای قلبی عروقی که باید در هموگلوبین کم‌تر از ۹، خون تزریق کنیم. پس در این سوال، تزریق خون لازم نیست.

۲) واریس مری: طی اندوسکوپی لیگاسیون انجام میدیم و برای بیمار داروهای وازواکتیو تزریقی مثل اکترئوتاید تجویز می‌کنیم و دو روز بهش رژیم مایع میدیم ☜ سه تا پنج روز تو بیمارستان تحت‌نظر می‌گیریم و بعدم ترخیص.

📖 البته با شک به واریس مری، مثل خونریزی در بیماران کبدی، باید سفتریاکسون هم تجویز کنیم. بعداً تو فصل آسیت علتش رو میخونی.

۶ آقای ۶۳ ساله سیگاری با هماتمز آمده. در آندوسکوپی flat pigmented ulcer دارد. کدام اقدام جهت ایشان ضرورتی نیست؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره کشوری)

الف) پنتوپرازول خوراکی
ب) رژیم مایعات برای یک روز
ج) تزریق اپی‌نفرین حین آندوسکوپی
د) بستری در بیمارستان برای ۱-۲ روز

۷ در بیماری که با شکایت هماتمز و ملنا مراجعه کرده، در آندوسکوپی فوقانی زخم با خون‌ریزی فعال در بولب دوازدهه رؤیت گردیده، که تحت درمان آندوسکوپیک قرار گرفته است. انفوزیون مهارکننده‌ی پمپ پروتون وریدی (PPI) با دوز بالا در این مرحله کدامیک از منافع زیر را در این بیمار در پی خواهد داشت؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- کشوری)

الف) کاهش درد ناشی از زخم
ب) کاهش مرگ و میر
ج) کاهش مدت زمان بستری بیمار
د) کاهش خطر بروز زخم در آینده

۸ خانم ۲۸ ساله با ملنا از ۳ روز قبل و Hb = 9g تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرد که زخم با لخته چسبیده تمیز در بولب دئودنوم دیده شد. کدام اقدام نادرست است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطبی)

الف) تزریق یک واحد خون هم گروه
ب) مصرف پنتوپرازول وریدی
ج) NPO کردن بیمار به مدت ۲۴ ساعت
د) تست برای میکروب هلیکوباکتر

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	ج	ب	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۹ بیمار خانم حامله‌ای در ماه سوم بارداری است که به دنبال استفراغ‌های مکرر دچار دفع خون روشن همراه با مواد غذایی از دهان شده است. اولین اقدام در ارزیابی و برخورد با بیمار فوق کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - کشوری)

الف) با توجه به باردار بودن، لازم است درمان اندوسکوپیک انجام شود.

ب) درمان حمایتی و پیگیری بیمار

ج) حداقل ۲۴ ساعت در بخش ICU تحت نظر باشد.

د) تعبیه‌ی NG Tube

پاسخ ۳) **پارگی مالوری ویس:** اگر خونریزی فعال داشت به صورت اندوسکوپیک مریض رو درمان می‌کنیم، ضد تهوع و رژیم مایعات (یک روز) میدیم و یکی دو روز هم تو بخش نگهش می‌داریم ولی اگر خونریزی فعال نداشت با ضد تهوع و رژیم معمولی مرخصش می‌کنیم. شرح حال بیمار سوال ۹ با توجه به خونریزی روشن بعد از سرفه و عق زدن، به پارگی خفیف مالوری ویس می‌خوره که با توجه به نداشتن خونریزی فعال فقط بیمار را پیگیری می‌کنیم. اولین قدم در برخورد با خونریزی گوارشی ارزیابی همودینامیک (فشارخون) و سپس اقدامات حمایتی مثل مایع درمانی است.

۴) **اروژن بدون زخم** ← درمان اندوسکوپیک لازم نیست ← بیمار رو با توصیه به مصرف روزانه‌ی خوراکی PPI و رژیم معمولی مرخص می‌کنیم.

✍ در ۱۵٪ مواردِ UGIB آسپیراسیون نازوگاستریک غیرخونی است. در این حالت معمولاً منشا خون‌ریزی دئودنوم است. در این موارد به دلیل اسپاسم دریچه پیلور خون و یا صفرا وارد معده نمی‌شود.

✍ در بیماران دچار خون‌ریزی شدید و یافته‌های اندوسکوپی پرخطر (مانند بیماران دچار واریس، زخم‌هایی با خون‌ریزی فعال، یا رگ قابل مشاهده) درمان هموستاتیک از طریق اندوسکوپ مفید است، در حالیکه بیماران دچار ضایعات کم خطرتر و دارای هموگلوبین و علائم حیاتی پایدار که هیچ مشکل طبی دیگری ندارند، را می‌توان ترخیص کرد.

منظور از ضایعات کم‌خطر چیه؟

۱. نداشتن رگ در قاعده‌ی زخم

۲. پارگی مالوری ویس در اثر سرفه‌های شدید یا عق زدن که خونریزی فعال ندارد.

۳. گاستروپاتی سایشی (Erosive) یا خونریزی‌دهنده

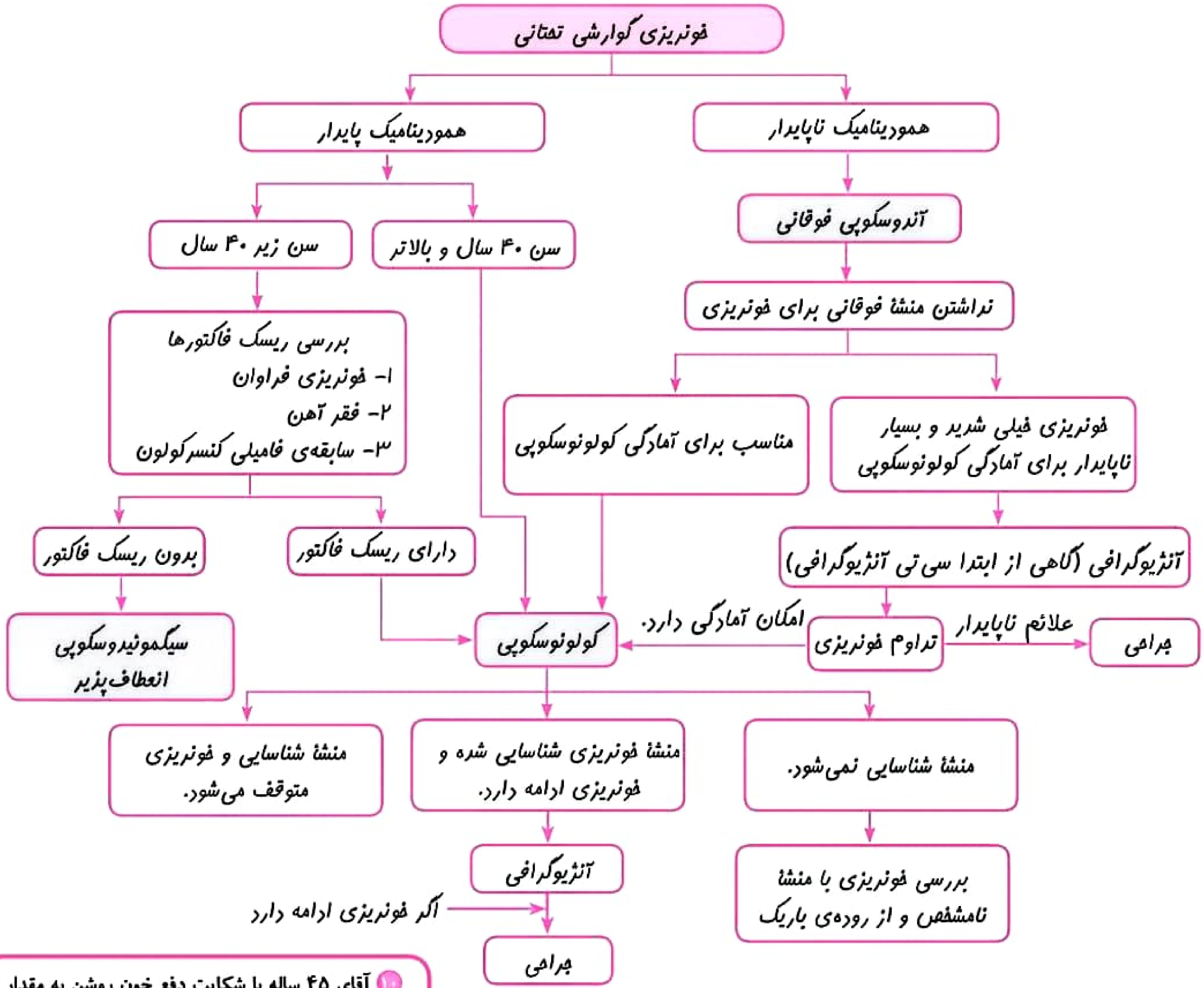
سؤال	۹				
پاسخ	ب				

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

ارزیابی خون‌ریزی گوارشی تحتانی

خب حالا که به نظرت خون‌ریزی گوارشی تحتانیه، اول مثل همیشه همودینامیک مریض رو بررسی میکنی؛ یعنی فشار خون و نبضش. دو حالت کلی داره؟ الگوریتم خون‌ریزی گوارشی رو ببین.



۱۰ آقای ۴۵ ساله با شکایت دفع خون روشن به مقدار زیاد از مقعد از روز گذشته و سرگیجه هنگام برخاستن بدون سابقه‌ی قبلی بیماری مراجعه کرده است. در معاینه فشار خون ۹۰/۵۰ میلی‌متر جیوه و تعداد ضربان ۱۱۰ در دقیقه دارد. پس از پایدار کردن وضعیت همودینامیک بیمار مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطبی)

الف) کولونوسکوپی توتال

ب) رکتوسیگموئیدوسکوپی

ج) اندوسکوپی گوارش فوقانی

د) CT اسکن شکم و لگن

سؤال	۱۰
پاسخ	ج

پاسخ ☝ **ناپایداری همودینامیک** ☜ اگر مثلا فشارش پایین بود یا نبضش تند میزد، یعنی ناپایداره، همونطور که قبلاً گفتیم باید خون‌ریزی گوارشی فوقانی رو با اندوسکوپی اورژانسی بررسی کنی. ولی اول باید از مریضت رگ بگیری و از نظر آب و الکترولیت بیمار رو هیدراته کنی، حتی شاید لازم بشه بهش خون بدی.

✍ اگر اندوسکوپی کردی و منشأ خون‌ریزی رو از بالا پیدا کردی، طبق الگوریتم خون‌ریزی گوارشی فوقانی عمل می‌کنی.

✍ اگر خونریزی اونقدر شدید بود که با کولونوسکوپی و لاواژ مایع، مسیر دید نمی‌شد، میریم سراغ آنژیوگرافی. اگر با آنژیوگرافی هم خونریزی بند نیومد، جراحی می‌کنیم.

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۱۱ آقای ۳۰ ساله به علت هماتوشزیا مراجعه کرده است. در معاینه ملتحمه pale و فشار خون خوابیده و نشسته ۱۲۰/۸۰ است. در آزمایشات:

Hb =9, WBC =6000, PIT =250000, Ferritin =3

اولین اقدام تشخیصی چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطبی)

الف) رکتوسیگموئیدوسکوپی

ب) کولونوسکوپی کامل

ج) آندوسکوپی گوارشی فوقانی

د) آنژیوگرافی

پاسخ **همودینامیک پایدار** ✌ خیالت راحت باشه که از پایین نشتی داری! بر حسب سن مریض نوع وسیله بررسی و طولی از لوله‌ی گوارشی تحتانی که بررسیش ضروریه فرق میکنه؟

۱. مریض زیر ۴۰ سال و بدون ریسک فاکتور ☜ سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر

۲. مریض بالای ۴۰ سال و یا مریض زیر ۴۰ سال و دارای ریسک فاکتور ☜ کولونوسکوپی

ریسک فاکتورها چیان؟!

- سابقه‌ی فامیلی سرطان کولون
- خون‌ریزی فراوان و شدید از رکتوم
- وجود آنمی فقر آهن در بیمار

حالا که کولونوسکوپی کردی از سه حالت خارج نیست:

☝ منشأ خون‌ریزی مشخصه و متوقف شده. همه چی آرومـــه ☺

✌ محل خون‌ریزی مشخصه ولی هنوز ادامه داره ☜ با آنژیوگرافی سعی میکنی متوقفش کنی. اگر نشد دیگه جراحی لازمه.

👌 نه محل خون‌ریزی مشخصه نه بند اومده ☜ خونریزی با منشأ نامشخص (Obscure GIB)، که نیاز به بررسی‌های بیشتر برای پیداکردن محل خونریزی از روده کوچیک داره. در این حالت، اقدام اول سی‌تی آنژیوگرافی است. البته اگر شرایط بیمار اجازه نمیداد، به عنوان قدم اول مجدداً اندوسکوپی و کولونوسکوپی را تکرار می‌کنیم. اگر منشأ پیدا نشد، از ویدئوکپسول برای بررسی روده باریک استفاده می‌کنیم.

۱۲ آقای ۵۲ ساله بدون علامت بالینی و با سابقه کنسر کولون در پدرشان در غربالگری سالانه متوجه OB+ شده‌اند. کولونوسکوپی انجام شده نرمال است. آزمایشات ایشان:

WBC: 4500, Hb:16, PLT:234000, BUN:1, Cr: 0.8, Ca: 9.0, ESR: 7, AST:12, ALT:14, ALP:130, Ferritin:130

بهترین اقدام کدام گزینه است؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره کشوری)

الف) آندوسکوپی فوقانی

ب) سی‌تی‌اسکن شکم و لگن

ج) بررسی روده باریک

د) اقدام بیشتری لازم نیست

پاسخ **خونریزی مخفی یا Occult**

تمام مواردی که تا الان گفتم، مثال‌هایی از خونریزی گوارشی واضح یا Overt بود. در مقابل، خونریزی گوارشی مخفی یا Occult رو داریم که به چشم خونریزی نمی‌بینیم ولی بیمار شواهد آنمی فقر آهن، علائم آن مثل سبکی سر و سنکوپ را تجربه می‌کند و یا تست خون مخفی مدفوع مثبت است. با خونریزی مخفی به خصوص در مردان و خانم‌های یائسه باید مثل خونریزی با منشأ ناشناخته، برخورد کنیم و به ترتیب زیر بریم جلو:

۱. **اندوسکوپی و کولونوسکوپی.** اگر بیمار شواهد کم‌خونی آزمایشگاهی یا بالینی داشت، باید بریم سراغ مرحله‌ی دوم. ولی در صورتی که نتیجه‌ی کولونوسکوپی بیمار طبیعی بود و شواهدی به نفع خونریزی نداشت (افت هموگلوبین، همودینامیک ناپایدار، ادامه‌ی خونریزی)، اقدام بیش‌تری دیگر لازم نیست، مثل همین بیمار ۵۲ ساله.

تست خون مخفی مدفوع فقط برای غربالگری کنسر کولون ارزش دارد و در صورت مثبت شدن، باید با کولونوسکوپی بررسی شود.

سؤال	۱۱	۱۲		
پاسخ	ب	د		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۲. سی تی آنژیوگرافی یا تکرار اندوسکوپی و کولونوسکوپی، اگر منفی شد ↓

۳. بررسی با ویدئو کپسول

بریم سراغ سوال‌های جدید

۱۳ آقای ۳۲ ساله بدون بیماری زمینه‌ای به دنبال ابتلا به کرونا از ۲۰ روز قبل مرتب مسکن مصرف کرده است و دچار خونریزی گوارشی به صورت هماتمز می‌شود. بعد احیاء مایعات و رزرو فرآورده‌های خونی آندوسکوپی فوقانی برای وی انجام شد و زخم در بولب دئودنوم با لخته چسبنده adherent clot دیده شد که درمان اندوسکوپی انجام شد و تست RUT مثبت شد. آزمایشات به شرح زیر است:

WBC:10800, Hb:8.6, Plt:265000, INR:0.7, PTT:25

همه اقدامات زیر ضروری است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- کشوری)

الف) بستری حداقل به مدت ۳ روز

ب) ترانسفوزیون یک واحد گلبول قرمز فشرده

ج) تجویز پنتوپرازول وریدی ۴۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت

د) ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری

پاسخ گزینه‌ها رو ببین؛ درخونریزی گوارشی فقط زمانی خون تجویز می‌کنیم که هموگلوبین به کم‌تر از ۷ برسد، مگر بیماری که مشکل قلبی زمینه‌ی دارد. پس در این بیمار هم مثل سوال ۸، تجویز پک سل لازم نیست.

برای خونریزی گوارشی فوقانی با ضایعه‌ی لخته چسبیده به زخم، باید:

۱. اندوسکوپی: کنیم.

۲. PPI: تزریقی بدیم.

۳. رژیم غذایی: تا دو روز مایعات خوراکی.

۴. مدت بستری: سه روز در بخش.

۱۴ بیمار خانم ۳۰ ساله با استفراغ خونی تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفت که پارگی خفیف انتهای مری (مالوری ویس) با خونریزی فعال داشت و با اقدام درمانی آندوسکوپی، خونریزی قطع شد. سایر قسمت‌های معده و دئودنوم کاملا نرمال بود. شش ساعت بعد از آندوسکوپی بیمار علایم حیاتی نرمال داشته و افت هموگلوبین ندارد. اقدام بعدی؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- میان‌دوره کشوری)

الف) مرخص کردن بیمار با پنتوپرازول خوراکی

ب) مرخص کردن بیمار و شروع رژیم غذایی معمولی

ج) بستری کردن بیمار برای یک روز در بخش بدون تجویز پنتوپرازول

د) بستری در آی‌سی‌یو و تجویز پنتوپرازول وریدی

پاسخ برای خونریزی گوارشی فوقانی با مالوری ویس اگر خونریزی فعال داشت، باید:

۱. اندوسکوپی: کنیم.

۲. PPI لازم نیست. اگر حالت تهوع داشت، ضد تهوع میدیم.

۳. رژیم غذایی: تا یک روز مایعات خوراکی.

۴. مدت بستری: یک تا دو روز در بخش.

برگرد الگوریتم UGIB رو ببین.

سؤال	۱۳	۱۴		
پاسخ	د	ج		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۱۵ برای آقای ۴۵ ساله که با هماتمز بستری شده است بعد احیا مایعات، آندوسکوپی انجام می‌شود و یک زخم همراه با visible vessel به ابعاد 15x15 mm در بولب دوازدهه دیده می‌شود. درمان موثر حین آندوسکوپی با اپی‌نفرین و هموکلیپ انجام می‌شود. همه اقدامات زیر صحیح است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- کشوری)

الف) مایعات شفاف برای دو روز

ب) پنتوپرازول وریدی

ج) بستری برای سه روز

د) اکترئوتاید وریدی

پاسخ برای خونریزی گوارشی فوقانی با رگ واضح باید:

۱. اندوسکوپی: کنیم.

۲. PPI: تزریقی بدیم.

۳. رژیم غذایی: تا دو روز مایعات خوراکی.

۴. مدت بستری: سه روز در بخش.

اکترئوتاید وریدی رو فقط در الگوریتم واریس مری داریم.

ایستگاه دستیاری

D1 مرد ۴۸ ساله مبتلا به سیروز بعلت استفراغ خونی آمده. در معاینه بیمار هوشیار است. و PR= 98/min BP=100/70mmHg دارد. Hb=8.5g/dl است. کدام اقدام درمانی برای بیمار اهمیت کمتری دارد؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) تزریق خون

ب) مایع درمانی وریدی

ج) انجام آندوسکوپی

د) اکترئوتاید وریدی

پاسخ برای بار سوم میگم 😀 تزریق خون در هموگلوبین کم‌تر از ۷ مجاز است. پس الف لازم نیست. در کل استفراغ خونی در بیمار مبتلا به بیماری کبدی مزمن مثل سیروز معمولاً ناشی از واریس مری است که باید علاوه بر درمان اندوسکوپیک (باند لیگاسیون)، تزریق اکترئوتاید وریدی و مایع درمانی هم انجام می‌دهیم.

D2 آقای ۴۰ ساله‌ای با آنمی فقر آهن مراجعه کرده است. برای ایشان دو بار آندوسکوپی و کولونوسکوپی انجام شده و نرمال بوده‌اند. کدامیک از روش‌های تشخیصی زیر مناسب‌تر است؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) RBC scintigraphy

ب) Video capsule endoscopy

ج) CT enterography

د) Mesenteric angiography

پاسخ خب برو تیتر خونریزی مخفی رو مرور کن؛ شواهد آنمی در آقا یا یک خانم یائسه بدون خونریزی گوارشی واضح، به نفع خونریزی گوارشی مخفی است. در این حالت، اگر اندوسکوپی و کولونوسکوپی مجدد هم چیزی پیدا نکرد، باید با ویدئو کپسول مسیر را ارزیابی کنیم.

سؤال	۱۵	D1	D2
پاسخ	د	الف	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

D3 آقای ۵۰ ساله برای بررسی روتین سالانه با آزمایشات زیر آمده. وی علامت، شرح حال خونریزی، بیماری زمینه‌ای یا مصرف دارو ندارد.

WBC: 7800, Hb: 11.2, MCV: 77, Plt: 450.000, Cr: 0.8, Ferritin: 7

تست خون مخفی مدفوع منفی است. مناسب‌ترین توصیه به بیمار کدام مورد زیر است؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) تجویز فروس سولفات و پیگیری بیمار

ب) تکرار تست خون مخفی در سه نوبت

ج) ارجاع جهت کولونوسکوپی

د) انجام هموگلوبین الکتروفورز

پاسخ مثل سوال بالا، مرد با شواهد بالینی یا آزمایشگاهی کم‌خونی رو باید با کولونوسکوپی بررسی کنیم.

D4 خانم میانسالی با هماتوچزی شدید و فشار خون 80/40 و PR=130/min مراجعه کرده است. بعد از احیای بیمار و stable شدن، لوله نازوگاستریک تعبیه شده که حاوی ترشحات coffee-ground بوده که پس از شستشو شفاف می‌شود. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) کولونوسکوپی

ب) آنژیوگرافی با آمبولیزاسیون

ج) آندوسکوپی فوقانی

د) ویدئو کپسول آندوسکوپی

پاسخ اگر در خونریزی گوارشی، علائم حیاتی بیمار مثل این سوال، ناپایدار بود، بعد از اقدامات حمایتی، قدم اول انجام اندوسکوپی اورژانسی است. برگرد الگوریتم رو بازم مرور کن.

باقی سوالای خونریزی گوارشی رو از ضروریات و طبیبانه بخون.

سؤال	D3	D4		
پاسخ	ج	ج		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

انتشار توسط کانال تلگرامی مدیکا

@MEDICA_CHANNEL

Medica
Free Medical Books

Medica
Free Medical Books

تنها کانال منتشرکننده‌ی فایل‌های جدید استاجری، پره‌اینترنی و دستیاری

برای مشاهده‌ی سایر فایل‌ها، به کانال ما سر بزنید!

- ویرایش جدید اطفال پیرحاجی شامل نسخه چاپی، درسنامه کتابخانه دیجیتال، تست‌ها و ویس کامل
- مجموعه‌های اینسایت زنان، تغذیه، ایمونولو
- ژی، آمار و اپیدمیولوژی
- پکیج کامل ژلوفن‌های ویرایش جدید شامل دروس ماژور، مینور، شناورها
- پکیج کامل ضروریات پره‌اینترنی
- پکیج کامل کیوبی‌های ویرایش جدید با بالاترین کیفیت
- نسخه‌ی حرفه‌ای کتاب صلاحیت بالینی دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- نسخه حرفه‌ای کتاب پزشک طرح دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- پکیج کامل کتاب‌های پره‌پاس
- پکیج کامل کتاب‌های تورق سریع گروه مشاوره رادیولوژی تهران
- پکیج کامل مرور سریع‌های ماهان
- پکیج کامل گام آخرهای ماهان
- پاتولوژی لاموما
- عفونی اینفکتوما
- پکیج کامل کیو ای‌های پره‌اینترنی و دستیاری
- مرور جادویی ۷ درس داخلی ماهان
- و صدها فایل دیگه که جایی پیدا نمی‌کنین...

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سرطان‌های گوارشی	غیر مهم	۳

۱ خانم ۳۹ ساله‌ای به علت کم‌خونی فقرآهن و خون مخفی در مدفوع و یبوست اخیر تحت‌کولونوسکوپی قرار می‌گیرند و توده در کولون صعودی گزارش می‌شود. گزارش پاتولوژی آدنوکارسینوم well differentiated همراه با درگیری لنف نود بوده است. با توجه به شک به Mismatch repair pathway بررسی برای بیمار انجام شد. همه‌ی یافته‌های بیمار به نفع کانسرهای مرتبط با Mismatch repair pathway است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۷- کشوری)

الف) جنس خانم

ب) سن پایین

ج) گزارش پاتولوژی

د) توده‌ی سمت راست

پاسخ: کنسرهای کولورکتال در اثر یکی از سه اختلال زیر ایجاد میشن:

- **Adenoma carcinoma sequence:** اکثر کانسرها از این دسته هستند که در اثر موتاسیون در ژن APC ایجاد میشن، مثل فمیلیال آدنوماتوز پولیپوز یا FAP.
- **DNA mismatch repair:** ژن‌های ترمیم‌کننده‌ی DNA موتاسیون پیدا می‌کنن، موتاسیون‌ها روی هم جمع میشن و microsatellite می‌سازن. مثل سندرم لینچ یا Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC).

کنسرهای کولورکتالی که از طریق مسیر DNA mismatch repair ایجاد می‌شوند، پنج ویژگی مشترک دارند:

۱. در سمت راست کولون

۲. در افراد جوان

۳. شیوع بیشتر در خانم‌ها

۴. تمایز ضعیف

۵. گسترش موضعی ولی فاقد انتشار به غدد لنفاوی

- **Promotor methylation:** بدون شرح.

بد نیست تا اینجاییم یه اشاره به چندتا سندرم ارثی مهم بکنیم:

- **FAP:** به علت موتاسیون در ژن APC ایجاد و به صورت اتوزومال غالب منتقل میشه. پولیپ‌ها در نوجوانی ظاهر شده و در ابتدای بزرگسالی بدخیم میشن.
- **Attenuated FAP:** در این بیماری تعداد پولیپ‌ها نسبت به FAP کمتر بوده و دیرتر بدخیم می‌شوند.
- **سندروم لینچ یا HNPCC:** موتاسیون در ژن‌های مسیر DNA mismatch repair منجر به آدنوکارسینوم می‌شود. کنسرهای خارج گوارشی مثل تخمدان، اندومتر و سینه تو اینا مهمه. پس از همه نظر باید غربالگری بشن.

۲ کدام یک از داروهای زیر، در کاهش احتمال بروز کانسرهای کولورکتال موثر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - مشترک کشوری)

الف) متفورمین

ب) آتورواستاتین

ج) کاپتوپریل

د) آسپرین

پاسخ: **مواد پیشگیری‌کننده از کنسرهای کولورکتال**

سه ماده در رژیم غذایی به صورت ثابت شده، از بروز کنسر کولورکتال پیشگیری می‌کنند:

۱. دسته دارویی NSAID و آسپرین

۲. مکمل استروژنی

۳. فولات

سؤال	۱	۲
پاسخ	ج	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

غربالگری کنسرهای گوارشی

کنسر کولورکتال از بین کنسرهای گوارشی بیش‌ترین احتمال انتقال ارثی داره و چون شناسایی زودرسش در مداخله و پیش‌آگهی بیمار خیلی تأثیر میذاره؛ پس غربالگریش شدیداً توصیه میشه. کولونوسکوپی، گلد استاندارد غربالگری کنسرهای گوارشی است.

پاسخ: چند تومور مارکر معروف داریم که لازمه بدونی هرکدوم بیشتر تو چه کنسری بالا میره:

- AFP (alpha fetoprotein) ☜ کنسر کبد
- CEA ☜ کنسر کولون آدنوکارسینوم کولون، پانکراس، ریه، پستان و تخمدان
- CA 19-9 ☜ کنسر پانکراس و کولون و پستان
- CA 125 ☜ کنسر تخمدان

۳ مرد ۵۰ ساله مبتلا به سیروز و آسیت به علت گزارش ندول ۲/۵ سانتی‌متری در سونوگرافی کبد تحت بررسی قرار گرفته است که در CT اسکن توده‌ی پر عروق گزارش شده است. کدامیک از مارکرهای زیر در این بیمار با احتمال بیشتری مثبت خواهد بود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) CEA

ب) CA125

ج) αFP

د) CA19-9

ایستگاه دستیاری

همین بالا گفتم! برای پانکراس بهترین تومور مارکر، CA19-9 است.

D1 مرد ۷۰ ساله با کاهش وزن، کاهش اشتها، زردی و درد شکم از چند هفته قبل آمده. در آزمایشات مقدار Bili مستقیم و ALP افزایش یافته و در سونوگرافی مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی دیلاته هستند. یک توده بزرگ به قطر 5cm در سر پانکراس مشاهده می‌شود. کدام‌یک از تومور مارکرهای زیر در این بیمار با احتمال بیشتری افزایش دارد؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) α Feto-protein

ب) CA 19-9

ج) CA 15-3

د) CA 125

انسان‌ها آفریده شده‌اند که به آن‌ها عشق ورزیده شود

و اشیاء ساخته شده‌اند که مورد استفاده قرار بگیرند...

دلیل آشفتگی‌های دنیا این است که به اشیاء عشق ورزیده می‌شود،

و انسان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند!

#نلسون_ماندلا

سؤال	۳	D1		
پاسخ	ج	ب		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

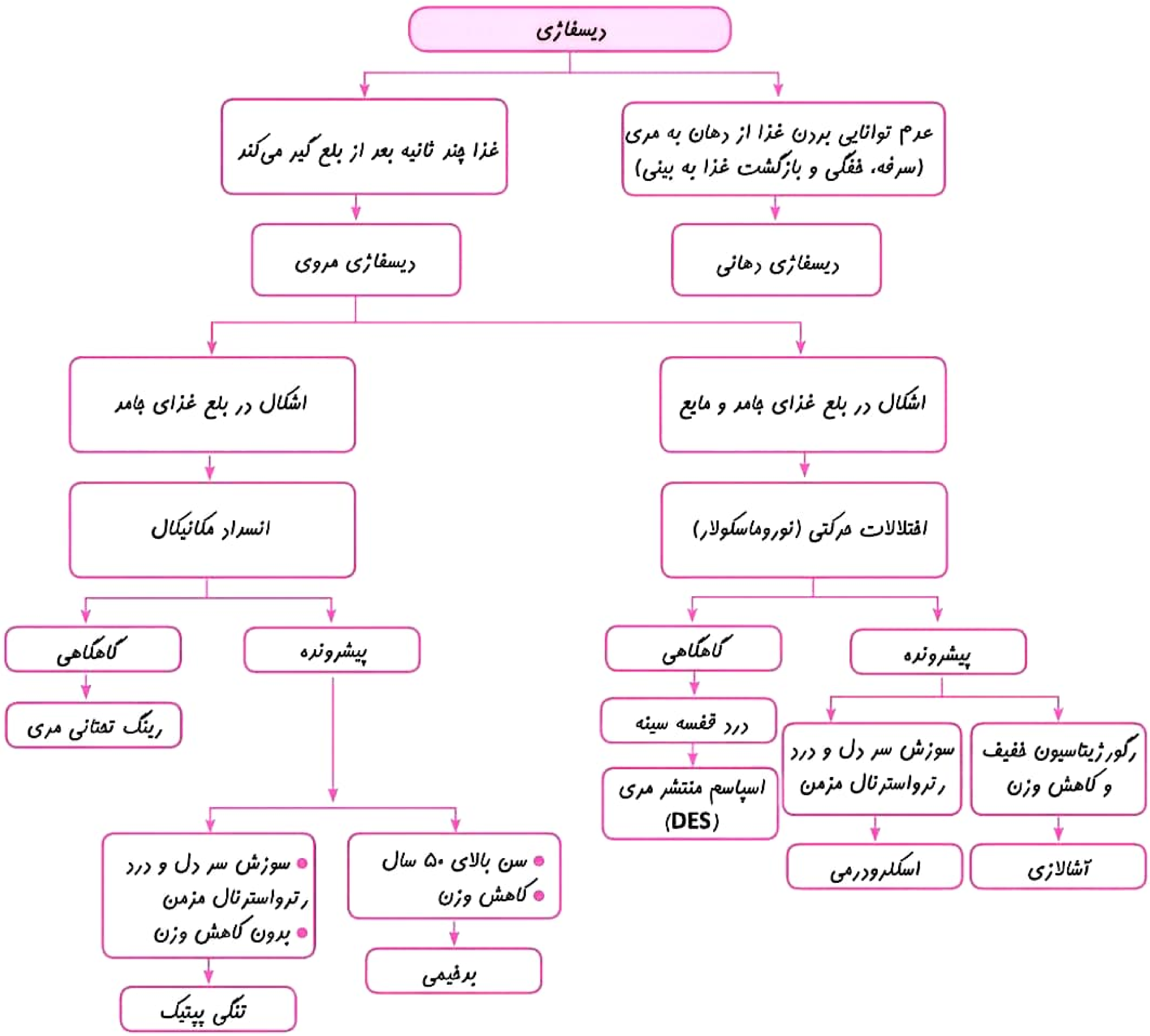
عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
بیماری‌های مری	خیلی مهم	۵

دو علامت شایع بیماری‌های مری، اختلال سوء هاضمه (سوزش سر دل، رفلاکس و غیره) و اختلال بلع (دیسفاژی و غیره) است. اختلال سوء هاضمه رو تو فصل بعدی مفصل می‌خونیم. بریم سراغ اختلال بلع.

دیسفاژی

دیسفاژی یعنی اختلال در بلع که به صورت احساس "چسبیدن لقمه یا غذا" یا حتی گیر کردن آن در قفسه سینه توصیف میشه.

الگوریتم خیـــلی مهم دیسفاژی رو ببین ☟



@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

با سه تا سؤال مهم تو دیسفاژی به تشخیص می‌رسیم:

دیسفاژی دهانیه یا مروی؟

پاسخ: دیسفاژی دهانی ☜ بیمار نمی‌تونه غذارو ببلعه و قورت بده و علائمی مثل سرفه، خفگی و برگشت غذا به بینی رو ذکر می‌کنه. مبتلایان به بیماری‌های عصبی مثل MS، سکته‌ی مغزی، ALS و بیماری‌های عضلانی مثل میاستنی گراویس و میوزیت‌ها دیسفاژی دهانی دارن.

دیسفاژی مروی ☜ غذا بعد از بلعیدن گیر می‌کنه. که ادامه‌ی الگوریتم و سؤالات مربوط به این نوع دیسفاژیه.

فقط غذای جامد گیر می‌کنه یا مایعات هم گیر می‌کنن؟

اگر فقط غذای جامد یا لقمه گیر می‌کنه ☜ انسداد مکانیکی یا اختلال ساختاری در مسیر مثل بدخیمی، تنگی پپتیک یا رینگ تحتانی مری که باید با اندوسکوپی بررسی کنیم.

اگر هم مایع هم جامد گیر می‌کنه ☜ اختلالات عصبی- عضلانی مری (موتور دیسفاژی) که در پریستالتیسم مری مشکل دارن مثل آشلازی، اسکلرودرمی یا اسپاسم منتشر مری (Diffuse esophageal spasm / DES) که باید با ابزارهایی مثل بلع باریم، مانومتری و در آخر در صورت نیاز اندوسکوپی بررسی کنیم.

پیشرونده‌س یا گاه‌گاهی؟

پاسخ: دیسفاژی مروی‌ای که فقط به جامدات باشه ☜ مکانیکاله که دو حالت داره:

۱. گاه‌گاهیه ☜ رینگ تحتانی مری؛ مریض میاد میگه دو ماهه بعضی اوقات که داره غذای سفت مثل نون یا استیک میخوره، لقمه گیر می‌کنه.

حلقه‌های مری دو نوعن:

A حاصل هایپرتروفی عضلات صاف مریه و به همین دلیل قطر مری به کمتر از ۱۳ میلی‌متر می‌رسه و مشکلات جدی‌ای از قبیل سندرم steakhouse یا گیر افتادن غذا و گوشت در مری ایجاد می‌کنه.

B یا شاتزکی رینگ ☜ از محل جانکشن مخاط سنگفرشی- استوانه‌ای منشأ می‌گیره و علامتش دیسفاژی مزمن و متناوب به جامداته.

۲. پیشرونده‌س ☜ دوتا تشخیص بیشتر نداره: یا بدخیمیه یا تنگی پپتیک.

پاسخ: اگر سن بیمار بالای ۵۰ سال باشه و کاهش وزن داشته باشه ☜ بدخیمی یادت باشه بدخیمی‌های مری معمولاً در ۱/۳ میانی مری هستن. و شکایت اصلی بیمار بلع دردناک یا ادینوفاژیه.

اگر به صورت مزمن سوزش سر دل بدون کاهش وزن داشته باشه ☜ تنگی پپتیک.

---

۱) آقای ۷۰ ساله مدت ۲ ماه است که دچار مشکل در ابتدای بلع نسبت به جامدات و مایعات شده به نحوی که هنگام بلع دچار سرفه، احساس خفگی و برگشت غذا و مایعات به بینی می‌شود. محتمل‌ترین علت این دیسفاژی کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطبی)

الف) Web مری
ب) CVA ساقه‌ی مغز
ج) آدنوکارسینومای مری
د) آشالازی

۲) بیماری ۴۰ ساله/ با شکایت دیسفاژی متناوب نسبت به جامدات از مدت ها قبل/ بدون کاهش اشتها و کاهش وزن/ همراه با معاینات نرمال. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) Lower esophageal ring
ب) Diffuse esophageal spasm
ج) Scleroderma
د) Peptic stricture

۳) خانمی ۵۰ ساله با شکایت دیسفاژی به جامدات و کاهش وزن از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است که از ۲ هفته پیش قادر به بلع مایعات نیز نیست. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطبی)

الف) آشالازی
ب) اسپاسم منتشر مری
ج) کانسر مری
د) ریفلاکس

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ب	الف	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۴ بیمار خانم ۳۵ ساله/ برگشت غذا و احساس دیسفاژی به مایعات و جامدات و کاهش وزن در دو سال اخیر/ در بررسی با باریم: مری دیلاته با سطح مایع- هوا همراه با باریک‌شدگی دیستال مری/ در مانومتری: افزایش فشار اسفنکتر تحتانی با عدم پریستالتیسم تنه مری و عدم ریلاکسیشن اسفنکتر تحتانی با بلع/ محتمل‌ترین بیماری کدام است؟ (پره انترنی اسفند ۹۹- کشوری)

الف تنگی ناشی از ریفلاکس مزمن

ب اسکلرودرمی

ج آشالازی

د اسپاسم منتشر مری

پاسخ ۴ دیسفاژی مروی‌ای که هم به جامد هم مایع باشه ☜ عصبی- حرکتیه که بازم دو حالت داره:

۱. گاه‌گاهیه ☜ اسپاسم منتشر مری (DES). بیمار درد قفسه سینه رو هم میگه.

۲. پیشرونده‌س ☜ دو تا تشخیص بیشتر نداره: یا اسکلرودرمیه یا آشالازی

اگر همراه با سوزش سر دل مزمن باشه ☜ اسکلرودرمیه.

اگر همراه با کاهش وزن و برگشت غذا به دهان باشه ☜ آشالازیه. پاتولوژی آشالازی در تخریب نورون‌های گانگلیونی شبکه‌ی میانتریک است که LES در هنگام بلع شل نمیشه و فشارش بالا می‌مونه.

علائم بالینی اختلالات عصبی- حرکتی

برای افتراق دیسفاژی‌های عصبی- حرکتی از هم می‌تونیم از علائم بالینی و نتایج بررسی‌های کلینیکی استفاده کنیم. جدول رو ببین

بیماری	علائم و نشانه‌های بالینی	نتایج مانومتری	نمای رادیوگرافیک در باریوم سوالو
آشالازی	دیسفاژی پیشرونده به جامد و مایع، ریگورژیتاسیون محتوای غیراسیدی، مری دیلاته	High resting pressure LES یعنی فشار دریچه تحتانی مری هنگام استراحت هم بالا می‌مونه و هنگام بلع شُل نمیشه همچنین مری دارای انقباضات همزمان با دامنه‌ی کم پس از بلع است.	نمای دیستال مری به صورت منقار پرنده (bird beak)
اسکلرودرمی	دیسفاژی پیشرونده به جامد و مایع، رفلاکس معده به مری، تنگی پپتیک و ازوفاژیت	Low resting pressure LES یعنی فشار LES هنگام استراحت کم شده و برعکس آشالازی همش شُله، همچنین ۲/۳ دیستال مری پریستالسیسم نداره یا ضعیف و کم‌دامنه است.	–
اسپاسم منتشر مری (DES)	دیسفاژی گاه‌گاهی به جامد و مایع، درد قفسه سینه ساب‌استرنال	Normal pressure LES (پاتولوژی اصلی این بیماران در تنه مری است نه در LES.) انقباضات همزمان و منتشر غیرپریستالتیک با دامنه‌ی طبیعی یا بالا در تنه مری	نمای corkescrew

سؤال	۴			
پاسخ	ج			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ تشخیص دیسفاژی‌ها

حالا که علائم رو میدونی، ابزار تشخیصی هر دیسفاژی رو هم باید بدونی

- اگر به دیسفاژی مکانیکی و انسداد شک داری (تنگی، تومور، ...) ☜ اندوسکوپی
- اگر به دیسفاژی عصبی- حرکتی شک داری (آشالازی، اسپاسم منتشر مری)؟

رادیوگرافی مری با بلع باریم و ویدئوفلوروسکوپی مری هنگام بلع. گاهی پس از رادیوگرافی، مانومتری مری هم انجام میدن. حتما باید با اندوسکوپی التهاب و بدخیمی رو هم رد کنی، چون می‌تونن علائمی مثل آشلازی و DES داشته باشن. خانمی که با شکایت دیسفاژی به جامدات و مایعات مراجعه کرده یعنی دیسفاژی عصبی- حرکتی داره، که همراه با کاهش وزن، ما رو به آشلازی هدایت می‌کنه. برای تشخیص آشلازی به ترتیب باریم سوالو، مانومتری و اندوسکوپی انجام میدیم. همینطور گرافی قفسه سینه می‌تونه تو تشخیص ضایعات فشارنده به مری کمک کنه. ولی pH متری که برای تشخیص GERD یا گاستروازوفاژیال رفلاکس بود، کاربردی در دیسفاژی نداره.

۵ خانمی ۳۶ ساله/ با دیسفاژی به جامدات و مایعات از دو سال قبل و کاهش وزن خفیف/ بدون ضایعه‌ی مخاطی در مری و معده در اندوسکوپی. جهت تشخیص بیمار کدام یک از اقدامات زیر را توصیه نمی‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطبی)

الف) مانومتری
ب) گرافی ساده قفسه صدری
ج) باریم سوالو
د) pH متری

پاسخ ازوفاژیت

ازوفاژیت یا التهاب مری به صورت دردی در ناحیه مریه که به پشت تیر می‌کشه و می‌تونه همراه با دیسفاژی و اودینوفاژی باشه. دلایل مختلفی داره؟

۱. ریفلاکس
۲. ناشی از مصرف قرص
۳. به دنبال عفونت‌هایی مثل کاندیدا، CMV و هرپس سیمپلکس
۴. ازوفاژیت ائوزینوفیلیک

در سؤال مقابل بیمار دچار ازوفاژیت ناشی از مصرف قرص شده که شایع‌ترین آن همراه با تتراسایکلین است. مصرف آسپرین، NSAID، آلندرونات، بیس‌فسفونات، فروس سولفات و فرآورده‌های پتاسیم هم می‌تواند علت ازوفاژیت باشد. برای درمان این بیماران چهار راهکار داریم:

۱. قطع دارو!
۲. استفاده از فرآورده‌های موضعی نظیر لیدوکائین
۳. مصرف آب فراوان همراه قرص
۴. پرهیز از خوابیدن پس از خوردن قرص

۶ فردی به دلیل درد در ناحیه‌ی اپی‌گاستر که به پشت کشیده می‌شود مراجعه کرده است. بیمار به دلیل فشار خون بالا و پوکی استخوان، جدیداً داروی آملودیپین و آلندرونات استفاده می‌کند و سابقه مصرف آسپرین و مسکن را نمی‌دهد. او یک نوبت استفراغ خفیف را ذکر می‌کند. بعد از اندوسکوپی بررسی مربوط به هلیکوباکترپیلوری منفی است. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطبی)

الف) ازوفاژیت مری
ب) زخم معده
ج) زخم دوازدهه
د) پانکراتیت

سؤال	۵	۶		
پاسخ	د	الف		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۷ بیمار آقای ۳۶ ساله/ دیسفاژی متناوب و غیرپیشرونده به جامدات طی دو ماه اخیر/ در نمونه‌ی حاصل از مری بیمار، بیش از ۲۰ ائوزینوفیل در هر فیلد میکروسکوپی گزارش شد. درمان مناسب در این مرحله کدام است؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) مهارکننده‌ی پمپ پروتون
ب) کورتیکواستروئید استنشاقی
ج) بکلوفن خوراکی
د) مهارکننده‌ی هیستامین ۲

پاسخ **ازوفاژیت ائوزینوفیلیک:** یکی از تشخیص افتراقی‌های رینگ مریه، که نوعی واکنش افزایش حساسیت تاخیری نسبت به آلرژن‌های غذایی یا خارج گوارشی است. این بیماری با دیسفاژی متناوب غیرپیشرونده به جامدات (مهم‌ترین علامت)، تهوع، درد قفسه سینه و سوزش سر دل بروز کرده که باید با شک به عارضه‌ی مکانیکی، اندوسکوپی و بیوپسی کنیم.

نتایج بیوپسی در اندوسکوپی (تشخیص قطعی ازوفاژیت ائوزینوفیلیک) انفیلتراسیون ائوزینوفیل در حد ۱۵ تا ۲۰ در هر HPF در زیرمخاط مری.

درمان:

۱. خط اول: PPI به مدت ۸ هفته در صورت عدم پاسخ به ترتیب سراغ:
۲. کورتیکواستروئید موضعی (اسپری فلوتیکازون)
۳. کورتیکواستروئید سیستمیک.

۸ خانم ۲۵ ساله/ با درد اپی‌گاستر و درد هنگام بلع از دو ماه قبل/ بدون استفراغ/ بدون سابقه‌ی خانوادگی کانسر گوارشی/ معاینات نرمال. اقدام مناسب؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

الف) آندوسکوپی گوارش فوقانی
ب) تست تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری
ج) درمان با امپرازول
د) درمان با دومپریدون

پاسخ اودینوفاژی یا بلع دردناک بیشتر در ازوفاژیت ناشی از مصرف قرص و عفونی شایعه و زیاد ربطی به ازوفاژیت ناشی از ریفلاکس نداره. در موارد شک به دیسفاژی مروی اندوسکوپی بهترین روش ارزیابیمونه.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۹ آقای ۶۹ ساله با احساس گیرکردن غذا در مری مراجعه کرده است. بیمار ذکر می‌کند از ۳ ماه قبل قادر به بلع مواد غذایی جامد نبوده، ولیکن در حال حاضر قادر به بلع سوپ هم نمی‌باشد. کاهش وزن ۱۰ کیلوگرم در ۶ ماه اخیر داشته و در معاینه رنگ پریده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰-کشوری)

الف) کانسر مری
ب) آشالازی
ج) اسکلرودرمی
د) اسپاسم منتشر مری

پاسخ در دیسفاژی باید ببینیم، به مایعات دیسفاژی داریم یا جامدات. این بیمار دیسفاژی به جامدات داشته که به سمت دیسفاژی به مایعات پیشرفت کرده است. دیسفاژی به جامدات پیشرونده دو تشخیص بدخیمی و تنگی پپتیک را مطرح می‌کند. اگر بیمار علائم کاهش وزن و سن بالای ۵۰ سال داشت، بدخیمی مطرح است. دیسفاژی رو سریع مرور کنیم:

دیسفاژی مروی به جامدات: اگر متناوب بود، به رینگ تحتانی مری فکر کن. اگر پیشرونده بود بدخیمی و تنگی پپتیک (سوزش سر دل بدون کاهش وزن) مطرح است.

دیسفاژی مروی به جامدات و مایعات: اگر متناوب بود و همراه با درد قفسه سینه بود، به اسپاسم منتشر مری فکر کن. اگر پیشرونده بود، دو تشخیص پایین رو در نظر بگیر:

۱. دارای سوزش سر دل و درد رترواسترنال مزمن: اسکلرودرمی
۲. دارای رگورژیتاسیون و کاهش وزن: آشالازی

سؤال	۷	۸	۹
پاسخ	الف	الف	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ در دیسفاژی باید ببینیم، به مایعات دیسفاژی داریم یا جامدات. این بیمار به مایعات و جامدات دارد. در این حالت، اگر اختلال با ریگورژیتاسیون و کاهش وزن همراه بود، باید به آشالازی فکر کنیم. برگرد جواب قبلی رو بخون.

۱۰ بیمار خانم ۳۵ ساله‌ای از ۳ سال قبل دچار دیسفاژی به جامدات و مایعات شده‌اند. بیمار از برگشت غذا به داخل دهان (رگورژیتاسیون) نیز شکایت دارد، اما علائم سوزش سردل یا درد قفسه سینه ندارد. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- کشوری)

الف آشالازی

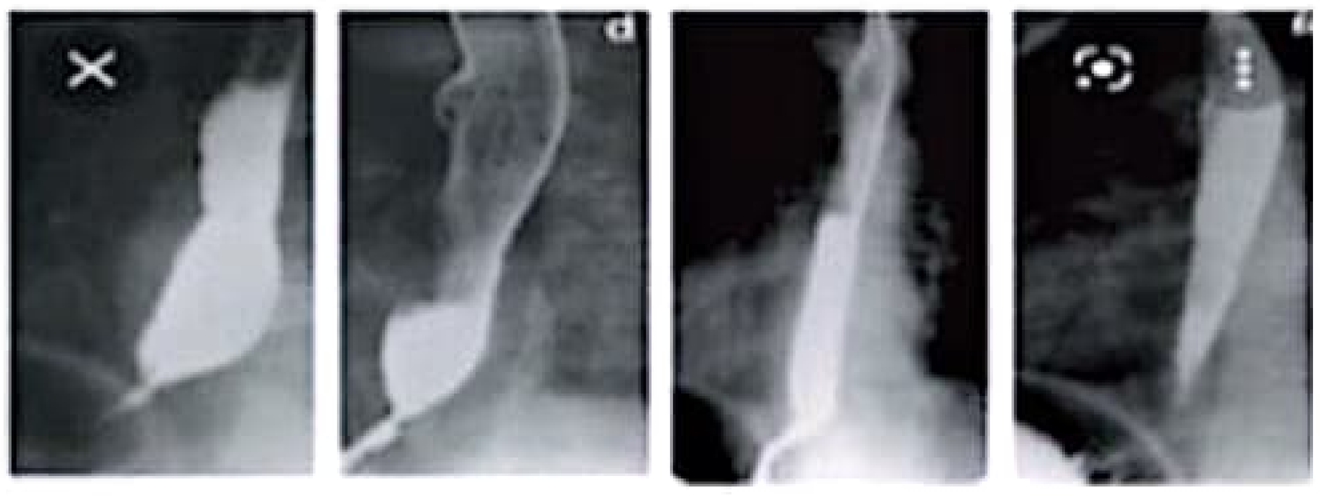
ب اسکلرودرمی

ج رینگ مری

د اسپاسم منتشر مری

ایستگاه دستیاری

پاسخ نمایی که می‌بینی به منقار پرنده معروف است و در اشالازی دیده می‌شود. در این نما تنگی انتهای مری و اتساع بالای آن را می‌بینیم. بزن جیم.



D1 خانم ۳۵ ساله‌ای با دیسفاژی نسبت به جامدات و مایعات از یک‌سال قبل و گاهی اوقات برگشت موادغذایی مراجعه کرده است. تصویر باریم سوالو مربوط به بیمار را در متن روبرو مشاهده می‌کنید:
کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف کانسر مری

ب اسپاسم منتشر مری

ج آشالازی

د تنگی پپتیک

پاسخ ازوفاژیت عفونی نوع دیگری از ازوفاژیته که بیشتر در افراد دچار نقص ایمنی (مثل مبتلایان AIDS) یا کسانی که داروهای سرکوب‌کننده ایمنی مصرف میکنن اتفاق میفته. شایع‌ترین علامتش دیسفاژی و ادینوفاژیه و میتونه با درد قفسه سینه و خونریزی گوارشی هم همراه باشه. تو این بیمار هم با توجه به شرح حال UTI راجعه باید به نقص ایمنی فکر کنیم.

شایع‌ترین علت ازوفاژیت عفونی کاندیداست که وجود ضایعات دهانی خیلی به نفعشن. در آندوسکوپی این بیماران پلاک‌های سفید رنگ در جای جای مری قابل مشاهده است. درمان ازوفاژیت کاندیدایی، فلوکونازول خوراکی و در صورت عدم تحمل خوراکی، فلوکونازول تزریقیه.

D2 خانم ۴۳ ساله با درد و سوزش پشت جناغ و اشکال در بلع طی ۲ ماه اخیر که به صورت متناوب بوده. سابقه دیابت دارد و اخیرا چندین بار به علت عفونت ادراری راجعه تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار گرفته است. در آندوسکوپی، در بخش میانی و تحتانی مری، اریتم نسبتا منتشر با پلاک‌های سفید رنگ برجسته به ابعاد ۲ تا ۷ میلی‌متر دیده می‌شود. مناسب‌ترین اقدام بعدی؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف پنتوپرازول تزریقی

ب آسیکلوویر خوراکی

ج فلوکونازول خوراکی

د گان‌سایکلوویر وریدی

سؤال	۱۰	D1	D2
پاسخ	الف	ج	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اختلال سوء هاضمه، زخم پپتیک و هلیکوباکتر پیلوری	خیلی مهم	۶

یکی از شایع‌ترین سناریوهای گوارش، اختلالات سوء هاضمه است.

شکایات رایج سوء هاضمه

فرد مبتلا به سوء هاضمه با شکایاتی مثل تهوع، استفراغ، دیس‌پپسی، سوزش سر دل، ریگورژیتاسیون (Regurgitation) و غیره مراجعه می‌کند. سه اصطلاح کلی اینجا داریم: دیس‌پپسی (Dyspepsia)، رفلاکس گاستروازوفاژیال (GERD) و زخم پپتیک (ناشی از هلیکوباکتر پیلوری، NSAIDها و غیره). تعریف و علائم هرکدوم چیه؟

دیس‌پپسی یعنی احساس ناخوشایند بعد غذا از جمله احساس پری بیش از حد، سیری زودرس، نفخ و حتی درد اپیگاستر.

رفلاکس گاستروازوفاژیال معمولا با احساس سوزش و داغی سر دل یا همون Heart burn ناشی از برگشت اسید معده مشخص می‌شود.

زخم پپتیک آخر این خطه و حتی می‌تونه باعث تغییر اپیتلیوم، مری بارت، دیسپلازی و کنسر بشه! این سه با هم ارتباط نزدیک در حد خواهر برادری دارند! به نحوی که دیس‌پپسی می‌تواند علامت دو مورد دیگر باشد یا GERD و هلیکوباکتر پیلوری عامل ایجاد زخم پپتیک شود. پس باید برخورد با شکایات رایج سوء هاضمه در بالین و سوالا رو یاد بگیری.

پاسخ سناریوی سوء هاضمه و دیس‌پپسی

در بیماران با شکایت دیس‌پپسی، احساس سوزش سر دل یا سایر علائم سوء هاضمه، باید به سن بیمار و علائم خطر دقت کنیم. دو حالت دارد:

اگر علامت خطر داشت یا بالای ۴۰ سال سن داشت ☜ مته به خشخاش بذار! اندوسکوپی و بیوپسی (از نظر بدخیمی و هلیکوباکتر) درخواست کن. بر حسب نتیجه درمان کن.

پاسخ اگر سن کم‌تر از ۴۰ سال بود و هیچ علامت خطری نداشت ☜ با تست غیرتهاجمی هلیکوباکتر پیلوری رو بررسی کن:

۱. اگر جواب منفی شد، درمان تجربی آنتی‌اسید با PPI (ارجح) یا بلاکر H2 شروع کن. اگر بعد ۴ تا ۶ هفته، بهبود نداشت، بفرست برای اندوسکوپی.

۲. اگر جواب مثبت شد، ریشه‌کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوری رو شروع کن و بعد ۴ هفته ریشه‌کنی رو با تست تنفسی اوره‌آز (UBT) پیگیری کن: اگر علائم باقی بود یا ریشه‌کن نشده بود، برای اندوسکوپی و بیوپسی بفرست.

۱) بیمار خانمی ۳۲ ساله به علت ترش کردن و سوزش سردل تحت درمان با امپرازول صبح ناشتا بوده است. بعد از گذشت یک ماه از درمان، پاسخ مناسبی دریافت نکرده است. بیمار اخیراً شرح حال گیر کردن گهگاه غذا را می‌دهد و همچنین ذکر می‌کند در طی یک ماه اخیر ۵ کیلوگرم کاهش وزن داشته است. اقدامات مناسب بعدی چیست؟ (پره‌انترنی دی ۹۷- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) pH متری
ب) مانومتری
ج) آندوسکوپی فوقانی
د) بلع باریوم

۲) خانم ۳۰ ساله‌ای با سوزش پشت جناغ (heart burn) به صورت روزانه مراجعه کرده است. سابقه‌ی فامیلی بیماری‌های بدخیم گوارشی، کاهش وزن، استفراغ و خونریزی گوارشی ندارد. معاینه‌ی شکم و CBC نرمال است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) تجویز PPI (مهارکننده‌ی پمپ پروتون)
ب) بررسی از نظر عفونت هلیکوباکتر پیلوری
ج) آندوسکوپی فوقانی
د) pH متری ۲۴ ساعته‌ی مری

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ج	ب		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ **علائم خطر چیه؟** ۸ ریسک‌فاکتور داریم که به نفع بدخیمی یا زخم است. اینا به عنوان اندیکاسیون‌های اندوسکوپی در GERD و دیس‌پپسی معروفن:

۱. استفراغ مکرر و بی‌اشتهایی شدید

۲. ادینوفاژی (بلع دردناک)

۳. دیسفاژی (سختی در بلع)

۴. کاهش وزن بدون علت

۵. خونریزی گوارشی واضح یا مخفی (شواهد آنمی)

۶. زردی

۷. توده شکمی قابل لمس یا آدنوپاتی

۸. سابقه‌ی خانوادگی کنسر

بیماری رفلاکس گاستروازوفاژیال

در بیماری GERD به علت اختلال در عملکرد اسفنگتر تحتانی مری (LES) شاهد برگشت اسید معده به مری هستیم.

ارزشمندترین ویژگی برای تشخیص GERD، علائم بالینی تیپیک است.

پاسخ **علائم بالینی تیپیک** در GERD: Herat burn، ریگورژیتاسیون و برگشت غذا، درد قفسه‌ی سینه. سوزش سر دل دردی رترواسترناله که بعد از خوردن غذا، در حالت خوابیده و ورزش بروز می‌کنه و با نوشیدن آب یا داروهای PPI بهتر میشه.

درد قفسه سینه. به علت شبکه‌ی عصبی مشترک قلب و مری در بیماری‌های این دو عضو دیده می‌شود. پس اگر بیمار درد قفسه‌ی سینه داشت باید، اول با نوار قلب اختلالات قلبی رو رد کنیم. مثل این آقا که با درد قفسه‌ی سینه و سابقه‌ی ترش کردن اومده و شک ما رو به سمت GERD می‌بره ولی اول باید بررسی قلبی بشه و علل قلبی رو براش رد کنیم

علائم بالینی آتیپیک در GERD، عبارت است از: دیسفاژی، درد اپیگاستر، نفخ و علائم خارج گوارشی GERD مثل:

۱. سرفه مزمن

۲. آسم و خشونت صدا

۳. درد گلوی مزمن

۴. احساس توده در گلو یا globus sensation

۳ خانم ۳۰ ساله‌ای جهت بررسی سوءهاضمه مراجعه نموده است. با وجود کدام علامت هشداردهنده‌ی آندوسکوپی فوقانی باید انجام شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳- قطبی)

الف) درد اپی‌گاستر

ب) استفراغ مکرر

ج) ترش کردن

د) احساس پری شکم

۴ مرد ۴۵ ساله‌ای با درد قفسه سینه از ۳ ماه قبل سابقه مصرف سیگار از ۲۰ سال قبل مراجعه کرده است. سابقه ترش کردن گاهی اوقات دارد. اقدام تشخیصی مناسب در وی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) بررسی کامل قلبی شوند.

ب) انجام گرافی بلع باریوم

ج) انجام آندوسکوپی فوقانی

د) دادن امپرازول به صورت تشخیصی و درمانی

سؤال	۳	۴		
پاسخ	ب	الف		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۵ خانم ۲۵ ساله‌ای به دلیل سوزش سردل و پشت جناغ سینه به دنبال غذا خوردن از ۳ ماه قبل مراجعه کرده است. درد ناحیه‌ی اپی‌گاستر و کاهش وزن ندارد، آنمیک نیست. اولین اقدام پیشنهادی شما چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)

الف) سونوگرافی شکم
ب) آندوسکوپی فوقانی
ج) درمان با PPI
د) مانومتری مری

پاسخ جمع‌بندی برخورد با GERD

دو حالت دارد:

☑ در بیمار زیر ۴۰ سالی که بیمار علائم تیپیک دارد و هیچ‌کدوم از ریسک‌فاکتورهای مذکور در سوء هاضمه رو ندارد ☜ می‌تونیم بعد از چک هلیکوباکتر پیلوری (به قول هاریسون) و یا بلافاصله بدون هیچ اقدام تشخیصی دیگری (به قول سیسیل)، درمان تجربی ضد اسید به مدت ۴ تا ۶ هفته شروع می‌کنیم. اگر جواب داد که فَبِهَا! اگر نه، باید با اندوسکوپی بررسیش کنیم.

☑ در صورتی که سن بیمار بالای ۴۰ سال بود یا علائم آتیپیک داشت، باید با یک اقدام تشخیصی، تکلیف رو مشخص کنیم:

۱. اگر سن بالای ۴۰ سال یا ریسک فاکتور داشت، مستقیم سراغ اندوسکوپی میریم.

۲. اگر علائم خارج گوارشی GERD مثل سرفه و غیره داشت، سراغ pH متری ۲۴ ساعته میریم. این روش میزان اسیدیته‌ی بخش دیستال مری را در ۲۴ ساعت اندازه می‌گیرد.

۶ گزینه صحیح کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) در زخم معده، ترشح اسید معده کم می‌شود.
ب) در زخم دوازدهه، ترشح بیکربنات در دوازدهه زیاد می‌شود.
ج) اکثریت مبتلایان به عفونت H.Pylori به زخم پپتیک مبتلا می‌گردند.
د) در کشورهای در حال پیشرفت، خطر ابتلا به H.Pylori در حال افزایش می‌باشد.

زخم پپتیک

پاسخ بیماری زخم پپتیک (PUD / Peptic Ulcer Disease) به دو نوع زخم معده (GU / Gastric Ulcer) و زخم دئودنوم (DU / Duodenal Ulcer) تقسیم میشه. زخم‌ها به صورت آسیب مخاطی به قطر بیش از پنج میلی‌متر هستن که تا زیرمخاط رو درگیر می‌کنن. درد سوزشی اپیگاستر علامت شایع بیماری زخم پپتیکه.

دو عامل اصلی در بیماری‌زایی زخم پپتیک، عفونت هلیکوباکتر پیلوری و مصرف NSAID است.

به سه ویژگی مهم زخم‌های پپتیک در جدول دقت کن!

نوع زخم پپتیک	سطح ترشح اسید پایه	احتمال بدخیمی	احتمال همراهی با هلیکوباکتر پیلوری	محل شایع
دئودنال اولسر DU	افزایش	کم؛ معمولاً خوش‌خیم	بیشتر. چون سطح پایه‌ی اسید را افزایش می‌دهد	در سه سانتی‌متری پیلور
گاستریک اولسر GU	طبیعی یا کاهش	بدخیم به خصوص در ناحیه‌ی فوندوس در آنتروم معده ☜ معمولاً خوش‌خیم	کمتر	-

سؤال	۵	۶
پاسخ	ج	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ عوارض زخم پپتیک

سه عارضه‌ی مهم زخم پپتیک چیان؟

✌ **خون‌ریزی گوارشی**

✌ **سوراخ‌شدگی (پرفوریشن):** در اثر پرفوریشن، بستر زخم به عضو مجاور نفوذ می‌کند. دئودنال اولسر اغلب به لوزالمعده (پانکراس) نفوذ می‌کند ولی گاستریک اولسر اغلب به لوب چپ کبد راه می‌یابد. بیمار در این حالت با درد ناگهانی شکم، تاکیکاردی و شکم خیلی سفت یا board-like –تریاد کلاسیک پرفوریشن– مراجعه می‌کند که در گرافی، شاهد هوای آزاد زیر دیافراگم خواهیم دید. اینجاست که اینترن جراحی فیکس مریض میشه تا مریض برسه به اتاق عمل 😨

✍ تا حالا یه مریض پریتونیت از نزدیک دیدی؟! اگه رفتی تو اورژانس دیدی یه مریضی میگه درد شکمش دائمیه و تو تختش بی‌حرکت افتاده، بدون پریتونیت کرده. چون حرکت کردن یا حتی عطسه و سرفه تو اینا باعث تحریک پریتوئن و درد خیـــــلی شدید میشه. شکمشون هم که گفتیم تو معاینه به علت اسپاسم عضلات مثل تخته‌اس (board-like abdomen).

✌ **انسداد خروجی معده** (ناشایع‌ترین عارضه): مریضی با سابقه‌ی زخم پپتیک که جدیداً از سیری زودرس، تهوع، استفراغ و کاهش وزن شکایت داره.

تشخیص زخم پپتیک ☜ اولین آزمون استاندارد تشخیصی رادیوگرافیه (Barium Study) ولی حواستون باشه که حساسیت رادیوگرافی در یه سری موارد پایینه و ممکنه زخم رو تشخیص نده. به همین دلیل جناب هاریسون حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین روش تشخیص زخم پپتیک رو اندوسکوپی می‌دونه.

تشخیص H.Pylori ☜ روش‌های تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری به دو دسته‌ی تهاجمی و غیر تهاجمی تقسیم میشن:

- تست‌های تهاجمی ☜ نیازمند انجام اندوسکوپی و بیوپسی هستن مانند کشت، هیستولوژی و Rapid Urease Test.
- تست‌های غیر تهاجمی ☜ سرولوژی، تست تنفسی اوره آز (Urease Breath Test/UBT) و تست آنتی‌ژن مدفوع.

پاسخ ✍ هلیکوباکتر پیلوری ریسک چهار بیماری را افزایش می‌دهد:

- گاستریت
- لنفوم MALT (بافت لنفاوی مخاط معده)
- آدنوکارسینوم معده
- زخم پپتیک: بیشتر زخم دئودنوم.

---

۷ مردی ۴۰ ساله با سابقه‌ی درد معده از ۴ سال پیش اخیراً بعد از غذا دچار سیری زودرس می‌گردد و چند ساعت بعد از غذا، استفراغ حاوی مواد غذایی خوب هضم نشده دارد. ۷ کیلوگرم کاهش وزن داشته است. کدام یک از عوارض زخم پپتیک مطرح است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶- میان‌دوره کشوری)

الف) Penetration

ب) Perforation

ج) Gastric Outlet Obstruction

د) Fistula Formation

۸ آقای ۶۰ ساله‌ای با درد اپی گاستر که اخیراً شروع شده به کلینیک گوارش مراجعه و تحت آندوسکوپی فوقانی قرار می‌گیرد و در آندوسکوپی اریتم آنتر دارد که تحت بیوپسی قرار می‌گیرد و H.Pylori مثبت گزارش می‌شود. وجود این عفونت در بیمار فوق با ایجاد موارد زیر در آینده ارتباط دارد، بجز؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

الف) زخم پپتیک معده

ب) لنفوم مالت معده

ج) ادنوکارسینوم معده

د) لیپوم معده

سؤال	۷	۸		
پاسخ	ج	د		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۹ در بیماری که به علت Dyspepsia تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته است و به علت عفونت هلیکوباکترپیلوری درمان آنتی‌بیوتیک دریافت کرده است، کدام‌یک از گزینه‌های زیر برای اثبات ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری فاقد ارزش است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) تست آنتی‌ژن هلیکوباکترپیلوری در مدفوع

ب) تست اوره‌آز سریع از بیوپسی

ج) تست تنفسی اوره‌آز با کربن نشان‌دار

د) Rapid urease بررسی آنتی‌بادی‌های ضد هلیکوباکترپیلوری در سرم

۱۰ آقای ۵۰ ساله/ شکایت دیس‌پپسی/ آندوسکوپی: آن زخم بزرگ ۱×۲ cm در ناحیه‌ی تنه معده/ بیوپسی‌های متعدد از زخم شواهد بدخیمی نداشته، اما هلیکوباکتری پیلوری مثبت بود. درمان ریشه‌کنی چهار دارویی به مدت دو هفته و سپس پنتوپرازول به مدت یک ماه دریافت کرد. اکنون بیمار مراجعه کرده است و شکایت خاصی ندارد. اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) تست تنفسی H پیلوری جهت اثبات ریشه‌کنی

ب) سرولوژی H پیلوری جهت اثبات ریشه‌کنی

ج) آندوسکوپی مجدد و بیوپسی متعدد

د) ادامه درمان با پنتوپرازول به مدت دو ماه دیگر

۱۱ در کدام یک از بیماران زیر ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری را توصیه نمی‌کنید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) آقای ۵۰ ساله با ریفلاکس اسید معده

ب) خانم ۲۵ ساله با سابقه کانسر معده در پدر

ج) آقای ۶۵ ساله با لنفوم معده مالتوما

د) خانم ۱۹ ساله با زخم دوازدهه

سؤال	۹	۱۰	۱۱
پاسخ	د	ج	الف

درمان زخم پپتیک

بعد از اینکه ثابت کردیم بیمارمون زخم پپتیک داره، برای درمان ابتدا باید مشخص کنیم این زخم به دنبال عفونت هلیکوباکتر پیلوریه یا مصرف NSAID.

اگر از نظر هلیکوباکتر پیلوری مثبت باشه بدون توجه به اینکه به NSAID مربوطه یا نه، درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتر رو تجویز شروع می‌کنیم.

پاسخ **درمان ریشه‌کنی** خط اول هلیکوباکترپیلوری یک دوره‌ی ۱۴ روزه است. رژیم استاندارد آن رژیم سه دارویی کلاریترومایسین یعنی «PPI + دو تا آنتی‌بیوتیک یعنی کلاریترومایسین + آموکسی‌سیلین یا مترونیدازول» است. البته به عنوان جایگزین میتونیم از رژیم چهار دارویی بیسموت یعنی «PPI + بیسموت یا سالسیلات + تتراسایکلین + مترونیدازول یا تینیدازول» هم استفاده کنیم. از این رژیم چهار دارویی بیسموت می‌تونیم در صورتی که بیمار هم حساسیت به پنی‌سیلین و هم سابقه‌ی مصرف اخیر ماکرولید (آزیترومایسین) داشت، استفاده کنیم.

بعد از پایان دوره‌ی درمان باید ریشه‌کنی هلیکوباکتر رو اثبات کنیم.

بهترین تست برای **اثبات ریشه‌کنی** هلیکوباکتر پیلوری، تست آنتی ژن مدفوع و تست تنفسی اوره‌آز (UBT) چهار هفته پس از درمانـه. اگر این تست در دسترس نباشه از تست آنتی‌ژن‌های مدفوع استفاده می‌ کنیم. یادت باشه تست سرولوژی برای اثبات ریشه‌کنی باکتری اصلا کارامد نیست. چون تیتر آنتی‌بادی آروم آروم کم میشه یعنی ممکنه باکتری ریشه‌کن شده باشه ولی همچنان تست سرولوژی مثبت باشه. البته تست سرولوژی برای تشخیص اولیه خوبه‌ها.

پاسخ ✍ اگر زخم پپتیک بیمارمون مثل این آقا از نوع زخم معده باشه به خاطر احتمال بدخیمی خیلی بالا در زخم، بعد از ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری یا حتی درمان آنتی‌اسید برای زخم معده باید اندوسکوپی رو تکرار کنیم و بیوپسی بگیریم.

پاسخ ✍ ریشه‌کنی هلیکوباکتر فقط در دو مورد ضرورت داره:

۱. زخم پپتیک ۲. لنفوم معده

البته در بیمارانی هم که ریسک کانسر معده دارند، مانند افرادی که اقوام درجه یک آن‌ها سرطان معده داشته‌اند، توصیه به ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری شده است. بیماران با ریسک خطر پایین نیازی به درمان ندارند زیرا احتمال ایجاد سویه‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک وجود دارد و ایجاد سویه‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک شایع‌ترین علت شکست درمان H.pylori در بیماران است. پس بهونه نمیدیم دست باکتری! تو این سؤال فقط اقای گزینه‌ی الف ضرورتی برای ریشه‌کنی نداره.

✍ داروهای ضد التهابیِ غیر استروئیدی مثل آسپیرین باعث افزایش ریسک زخم پپتیک میشن. چرا؟ چون پروستاگلاندین نقش مهمی در حفظ سلامت مخاط و همچنین ترمیم

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

اون در دستگاه گوارش داره. این داروها پروستاگلاندین رو مهار می‌کنن پس عامل حفاظتی رو از بین می‌برن و زمینه رو برای ایجاد زخم پپتیک فراهم می‌کنند.

یک سری ریسک فاکتورها به صورت قطعی یا احتمالی خطر NSAID هارو در ایجاد بیماری گوارشی زیاد می‌کنن.

پاسخ ۱ ریسک فاکتورهای قطعی:

۱. سن بالا

۲. بیماری شدید یا بیماری چند سیستمی.

۳. سابقه زخم پپتیک

۴. مصرف همزمان گلوکوکورتیکوئیدها

۵. دوز بالای NSAID

۶. مصرف چند NSAID

۷. استفاده همزمان از داروهای ضد انعقاد مثل وارفارین یا مصرف کلوپیدوگرل

۲ ریسک فاکتورهای احتمالی:

۱. عفونت هلیکوباکتر پیلوری

۲. مصرف الکل

۳. سیگار

سه حرف اول خود کلمه "احـتـمالی" رمزشه ☜ الف: الکل، ح: هلیکوباکتر!، ت: تنباکو

برای درمان زخم فعال ناشی از NSAID در صورتی که بیمار بتواند NSAID رو قطع کرده و PPI و H2 blocker تجویز می‌کنیم. ولی در صورت لزوم ادامه‌ی مصرف NSAID، تنها داروهای PPI مثل اُمپرازول تو بهبود زخم تأثیر دارن.

پاسخ در برخورد با زخم‌های گوارشی خون‌ریزی دهنده سه حالت وجود داره:

☝ اگر زخم ناشی از H.Pylori باشد ☜ درمان ریشه‌کنی عفونت هلیکوباکتر را شروع می‌کنیم.

✌ اگر زخم ناشی از مصرف NSAID باشد ☜ مصرف دارو قطع شود. اگر امکان قطع مصرف دارو نبود، درمان باید با تجویز یک مهارکننده‌ی انتخابی سیکلواکسیژناز ۲ (COX-2) همراه با یک PPI شروع شود.

بیماران قلبی- عروقی که با مصرف دوز پایین آسپرین دچار خون‌ریزی از زخم پپتیک شده‌اند باید هرچه زودتر پس از اتمام خون‌ریزی، مصرف آسپرین را آغاز کنند (ظرف مدت ۷ روز یا کمتر).

👌 بیمارانی که زخم خون‌ریزی دهنده در آن‌ها مرتبط با H.Pylori یا NSAIDs نباشد: باید برای زمان نامحدووود تحت درمان با PPI باشند. پس جواب این سوال مبشه گزینه جیم.

۱۲ آقای ۵۰ ساله به دلیل درد در مفاصل کاندید مصرف داروی NSAID هستند. کدامیک از موارد زیر، فاکتور خطر قطعی‌تری برای عوارض گوارشی با NSAID هستند؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- کشوری)

الف) مصرف روزانه یک پاکت سیگار از سال‌ها قبل

ب) سابقه ابتلا به ریفلاکس از سال‌ها قبل

ج) سابقه مصرف الکل از سال‌ها قبل

د) سابقه بیماری کرونری قلب تحت درمان با کلوپیدوگرل

۱۳ درمان طولانی مدت نامحدود با PPI در بیماری که به علت خونریزی گوارشی ناشی از اولسر بستری گردیده است، در کدام یک از موارد ذیل توصیه می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) در بیمار با عفونت H.Pylori

ب) در بیماری که اخیرا به صورت موقت، به علت درد زانو بروفن مصرف کرده است.

ج) در بیماری که زخم خونریزی‌دهنده دارد و H.Pylori منفی است و NSAID نگرفته است.

د) در خونریزی ناشی از مالوری ویس

سؤال	۱۲	۱۳		
پاسخ	د	ج		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۱۴ تمام گزینه‌های زیر عارضه مصرف مزمن مهارکننده‌های پمپ پروتون می‌باشند، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- کشوری)

الف) پنومونی اکتسابی از جامعه

ب) شکستگی لگن در خانم‌های مسن

ج) افزایش منیزیم سرم

د) عفونت کلستریدیوم دیفیسیل

پاسخ سرکوب طولانی مدت ترشح اسید معده مخصوصا با PPI پنج عارضه دارد:

۱. افزایش عفونت با کلستریدیوم دیفیسیل

۲. پنومونی اکتسابی از جامعه (CAP)

۳. کمبود منیزیوم، ویتامین B12 و آهن

۴. نفریت حاد بینابینی

۵. نارسایی حاد و مزمن کلیه

۱۵ شایع‌ترین علت گاستروپارزی چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ – قطبی)

الف) بیماری زخم پپتیک

ب) هیپوتیروئیدی

ج) دیابت

د) سرطان معده

گاستروپارزی

پاسخ گاستروپارزی یا فلج حرکتی معده! به علت تخریب اعصاب کنترل کننده‌ی عضلات معده ایجاد میشه که شایع‌ترین علتش دیابته. علت شایع بعدیش جراحی‌های مری و معده است که آسیب غیر عمدی عصب واگ توش فراوونه! 😁

✍ شایع‌ترین ارگان گرفتار در لنفوم غیرهوچکین (NHL) خارج لنفاوی هم معده است.

ایستگاه دستیاری

D1 آقای ۵۶ ساله، با درد اپیگاستر، نفخ و آروغ زدن مراجعه کرده است. وی سابقه رفلاکس اسید معده را از ۱۰ سال قبل داشته که به طور منظم تحت درمان دارویی بوده است. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) تست UBT (urea breath test)

ب) درمان با H2 blockers و بررسی مجدد

ج) ارجاع جهت آندوسکوپی

د) تست سرولوژی هلیکوباکتر

پاسخ گفتیم در موارد دیس‌پپسی، اگر سن بالای ۴۰ سال باشه یا ریسک فاکتور داشته باشیم، قدم اول آندوسکوپی و بیوپسی جهت رد بدخیمی و هلیکوباکترپیلوریه. ایشون هم که ۵۶ سالشونه باید اول آندوسکوپی بشن.

D2 خانم ۵۷ ساله‌ای با سابقه آرتریت روماتویید و دو نوبت بستری در CCU به دلیل سکته قلبی، با درد اپی گاستر مقاوم به درمان تحت آندوسکوپی فوقانی قرار می‌گیرد. در آندوسکوپی اولسر با قاعده تمیز مشاهده می‌شود تست RUT بیمار مثبت است، بیمار تحت درمان با NSAID می‌باشد و با توجه به درد شدید امکان قطع آن نمی‌باشد. کدام اقدام زیر در مورد درمان این بیمار پیشنهاد می‌شود؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) درمان با PPI یا آنتاگونیست گیرنده H2

ب) ریشه‌کنی هیلوباکتر و آنتاگونیست گیرنده H2 طولانی مدت

ج) مهارکننده اختصاصی COX2 همراه با PPI

د) ریشه‌کنی هلیکوباکتر و درمان با PPI طولانی

پاسخ درمان زخم ناشی از NSAID بستگی به شرایط بالینی داره. قبل از هر چیز باید در صورت امکان داروی عامل زخم رو قطع کنیم و با یه PPI مثل پنتاپرازول یا H2 blocker (مثلا فاموتیدین) درمان کنیم. اما در برخی موارد بدلیل ریسک بالای سکته قلبی قطع NSAID (مثل آسپرین) امکان‌پذیر نیست. در این موارد باید همراه با آسپرین یه داروی PPI مثل پنتاپرازول هم تجویز کنیم.

علاوه بر این، اگر تست هلیکوباکتر بیمار هم مثبت باشه باید برای ریشه کنی اون هم اقدام کنیم.

شد گزینه د.

سؤال	۱۴	۱۵	D1	D2
پاسخ	ج	ج	ج	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

انتشار توسط کانال تلگرامی مدیکا

@MEDICA_CHANNEL

Medica
Free Medical Books

تنها کانال منتشرکننده‌ی فایل‌های جدید استاجری، پره‌اینترنی و دستیاری

برای مشاهده‌ی سایر فایل‌ها، به کانال ما سر بزنید!

- ویرایش جدید اطفال پیرحاجی شامل نسخه چاپی، درسنامه کتابخانه دیجیتال، تست‌ها و ویس کامل
- مجموعه‌های اینسایت زنان، تغذیه، ایمونولوژی، آمار و اپیدمیولوژی
- پکیج کامل ژلوفن‌های ویرایش جدید شامل دروس ماژور، مینور، شناورها
- پکیج کامل ضروریات پره‌اینترنی
- پکیج کامل کیوبی‌های ویرایش جدید با بالاترین کیفیت
- نسخه‌ی حرفه‌ای کتاب صلاحیت بالینی دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- نسخه حرفه‌ای کتاب پزشک طرح دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- پکیج کامل کتاب‌های پره‌پاس
- پکیج کامل کتاب‌های تورق سریع گروه مشاوره رادیولوژی تهران
- پکیج کامل مرور سریع‌های ماهان
- پکیج کامل گام آخرهای ماهان
- پاتولوژی لاموما
- عفونی اینفکتوما
- پکیج کامل کیو ای‌های پره‌اینترنی و دستیاری
- مرور جادویی ۷ درس داخلی ماهان
- و صدها فایل دیگه که جایی پیدا نمی‌کنین...

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اختلالات جذب	غیر مهم	۳

اغلب اختلالات جذب خود را با استئاتوره (اسهال چرب) نشان می‌دهند. سه بیماری معروف همراه با سوء جذب رو بخون.

بیماری سلیاک (آنتروپاتی حساس به گلوتنِ اسپروی غیر گرمسیری)

بیماری سلیاک به دنبال حساسیت به جزء گلیادینِ گلوتن ایجاد می‌شود که در گندم، جو و چاودار وجود دارد. نقش سیستم ایمنی در پاتوژنز سلیاک بسیار برجسته است.

- علائم روده‌ای سلیاک:
  - نفخ
  - اسهال مزمن با یا بدون استئاتوره
  - عدم تحمل لاکتوز
  - کمبود ریز مغذی‌ها (مثل آهن)
- علائم خارج روده‌ای سلیاک:
  - افسردگی
  - استئوپنی و استئومالاسی
  - درد مفاصل
  - ضعف و خستگی

سلیاک علاوه بر علائمی که گفتیم با یک سری بیماری‌ها هم همراهی دارد:

- دیابت تیپ یک
- درماتیت هرپتی فرم (ضایعات پاپولو وزیکولر پوستی خارش‌دار)
- کمبود IgA
- بیماری تیروئید خودایمنی

۱ مصرف کدام ماده‌ی غذایی در بیماری سلیاک مجاز است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطبی)

الف) گندم
ب) برنج
ج) چاودار
د) جو

تشخیص سلیاک

☝ اول از همه از آزمایشات سرولوژیک سلیاک استفاده می‌کنیم مثل: آنتی‌بادی ضد آندومیزیوم، آنتی IgA گلیادین و آنتی TTG (ضد ترانس گلوتامیناز بافتی). در کل هر بیماری با علائم مزمن گوارشی مثل این بیمار رو بهتره از نظر سلیاک بررسی کنیم.

✌ اگر نتیجه سرولوژی مثبت شد، بیمار را تحت اندوسکوپی و بیوپسی قرار میدیم و اگر شواهد هیستولوژی به نفع سلیاک بود، تشخیص تأیید میشه. ولی باز هم مرحله‌ی سوم برای تأیید نهایی تشخیص ضروریه.

👌 به بیمار رژیم غذایی فاقد گلوتن میدیم. اگر علائم از بین رفت یعنی بی برو برگرد مریض سلیاک داره.

حالا اگر با وجود تجویز رژیم عاری از گلوتن در سلیاک، همچنان بیمار علامت داشت، علت چیست؟ شایع‌ترین علتش ادامه مصرف گلوتن هست بدون اینکه خود بیمار متوجه باشه.

۲ آقای ۲۴ ساله‌ای با شکایت درد شکم از هفت ماه قبل مراجعه کرده است. درد حالت منتشر بوده ولی پیشرونده نیست و اکثر مواقع با اسهال همراه است. بیمار علائم شبانه، کاهش وزن و کم‌خونی ندارد. کدام اقدام در این مرحله توصیه می‌شود؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) بررسی بیش‌تر لازم نیست
ب) کولونوسکوپی کامل و بیوپسی
ج) تصویربرداری شکم با سی‌تی‌اسکن
د) تست سرمی آنتی تیشو ترنس گلوتامیناز

سؤال	۱	۲			
پاسخ	ب	د			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پس خلاصه اینکه: سرولوژی ⬅ اندوسکوپی ⬅ بیوپسی ⬅ تایید نهایی با رژیم غذایی فاقد گلوتن.

یافته‌های پاتولوژیک روده‌ی باریک در سلیاک؟

- پرزهای کوتاه یا از بین رفته
- ارتشاح سلول‌های تک هسته‌ای
- هیپرتروفی چاله‌ها

✍ سلیاک همراهی زیادی با آلل‌های HLA-DQ2 و HLA-DQ8 داره، به طوری که نبودشون تشخیص سلیاک رو رد می‌کنه. پس اگه فردی اینارو نداشت، قطعاً سلیاک نداره!

✍ مهم‌ترین عارضه‌ی سلیاک، بدخیمی (لنفوم) است.

✍ بیماری اسپروی گرمسیری هم دقیقاً علامت‌های بالینی سلیاک رو داره. با این تفاوت که علتش عفونیه و برای درمانش از آنتی‌بیوتیک استفاده میشه.

سندرم رشد بیش از حد باکتری‌ها (bacterial overgrowth)

۳ مرد ۳۷ ساله مورد اسکلرودرمی از ۵ سال قبل به علت استئاتوره، نفخ و آنمی مگالوبلاستیک با سطح فولات سرمی افزایش یافته تحت بررسی است. کدام درمان برای کاهش علایم بیمار مناسب است؟ (پرەانترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) فولیک اسید
ب) پروبیوتیک از خانواده باکتروئید
ج) آنتی‌بیوتیک برای یک هفته در ماه
د) کلستیرامین

پاسخ علامت اصلی سندرم رشد بیش از حد باکتری، اسهال به خصوص از نوع چرب است. سه نکته در سناریو، به افتراق این سندرم از سایر علل استئاتوره کمک می‌کند:

۱. وجود آنمی مگالوبلاستیک در کنار کمبود کوبالامین و افزایش سطح فولات سرمی. چون باکتری کوبالامین میخوره!

۲. همراهی با شرایطی که امکان رشد باکتری زیاد می‌کند، از جمله:

☝ اختلال پریستالتیسم مثل دیابت، اسکلرودرمی/ انسداد و دیورتیکولوز ژژنوم.

✌ اختلال ایمنی و کاهش استریلیتی روده مثل کمبود گاماگلوبولین (IgA روده‌ای)، آکلریدی، نارسایی پانکراس. یادت باشه، سلیاک و سندرم رشد باکتری هیچ ربطی به هم ندارند!

۳. برطرف شدن علائم در پاسخ به آنتی‌بیوتیک تجربی. پس در هر بیماری به این سندرم شک کردی، آنتی‌بیوتیک بده.

به جز این، دو روش تشخیصی سخت‌تر هم برای سندرم داریم: کشت ترشحات ژژنوم / تست تنفسی گزیلوز.

درمان: تجویز آنتی‌بیوتیک به مدت یک هفته در ماه.

۴ آقای ۴۰ ساله‌ای با اسهال مزمن، دل پیچه و نفخ شکم آمده. چربی مدفوع ۲۴ ساعته نرمال و اسموتیک گپ آن بیش‌تر از حد نرمال است. محتمل‌ترین تشخیص؟ (پرەانترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)

الف) پانکراتیت مزمن
ب) سوءجذب نمک‌های صفراوی
ج) کمبود لاکتاز
د) سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر

پاسخ **سوء جذب کربوهیدرات**

شایع‌ترین علت سوء جذب کربوهیدرات، عدم تحمل لاکتوز است. بیمار به علت کمبود لاکتاز، اسهال، کرامپ شکمی و از همه مهم‌تر نفخ و گاز فراوان دارد. مدفوع این گروه چرب نیست، ولی اسمولار گپ بالایی دارد. الهی اونی که خوب نخونه، با یکی از اینا هم اتاق بشه و صبحانه شیر و خامه بدن!

سؤال	۳	۴		
پاسخ	ج	ج		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ **جمع‌بندی برخورد با سوء جذب**

یکی از علائم مهم سوء جذب چربی، اسهال چرب است. متهم ردیف اول در استئاتوره، روده‌ی باریک است. چون ژژنوم و روده‌ی باریک بیش‌ترین نقش را در جذب چربی دارد. برخورد با شکایت اسهال چرب، چطوریه؟

۱. اسهال چرب رو ثابت کن: با آنالیز کمی مدفوع (دقیق‌ترین):

اگر چربی مدفوع نرمال بود، باید سوء جذب کربوهیدرات و عدم تحمل لاکتوز را بررسی کنیم. اینجا اسمولار گپ مدفوع بالا است.

۲. اگر اسهال واقعاً چرب بود، سوءجذب روده باریک رو با تست دی‌گزیلوز چک کن. تست دی‌گزیلوز، جذب مخاطی روده‌ی باریک را چک می‌کند که با توجه به دفع ادراری این ماده، دو تفسیر داریم:

☝ اگر تست نرمال بود ☜ باید برون‌ریز پانکراس رو بررسی کنیم. با چی؟ چک آنزیم‌های پانکراس به همراه سی‌تی اسکن و سایر تصویربرداری‌ها.

✌ اگر تست غیرطبیعی و دفع ادراری دی‌گزیلوز، کم‌تر از حد نرمال بود ☜ یعنی اختلال جذب داریم. در ادامه سه مرحله داریم:

۱. سوء جذب کاذب رو رد کن، با انجام تست تنفسی هیدروژن یا C14 گزیلوز یا تجویز یک دوره آنتی‌بیوتیک تجربی. اگر علائم برطرف شد، یعنی سوء جذب کاذب و ناشی از سندرم «رشد بیش از حد باکتری‌ها» بوده. اگر مثل سوال ۵، علائم برطرف نشد، برو بعدی:

۲. بیوپسی روده باریک بگیر.

۳. در آخر با تست مدفوع، عفونت‌هایی مثل ژیاردیا و آسکاریس رو رد کن.

پاسخ در کل بیوپسی روده باریک در بررسی سوء جذب، جزء اقدامات اولیه نیست. جمع‌بندی پایین رو در مورد نقش بیوپسی روده‌ی باریک در تشخیص بیماری‌های گوارش رو بخون:

✎ نتایج بیوپسی کدوم بیماری‌ها **تشخیصی نیست؟** سلیاک، اسکلروز سیستمیک، انتریت ناشی از رادیاسیون، سندرم رشد بیش از حد باکتری، اسپروی تروپیکال، کرون.

✎ نتایج بیوپسی کدوم بیماری‌ها **تشخیصی است؟** بیماری ویپل، آمیلوئیدوز، انتریت ائوزینوفیلیک، لنفاژکتازی، لنفوم اولیه‌ی روده، ژیاردیازیس، آبتالیپوپروتئینمی، آگاماگلوبولینمی، ماستوسیتوز.

---

۵ دانش‌آموز 17yr/ اسهال، نفخ شکم و آنمی میکروسیتیک از ۶ ماه قبل/ آزمایش مدفوع WBC و RBC و قطرات چربی ندارد/ کاهش دفع ادراری D-xylose / عدم بهبود بعد از یک دوره درمان آنتی‌بیوتیکی قدم بعدی در این بیمار؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطبی)

الف) چک الاستاز مدفوع

ب) آسپیراسیون اثنی‌عشر جهت کشت

ج) چک Anti TG و بیوپسی روده باریک

د) CT اسکن پانکراس با کنتراست وریدی و خوراکی

۶ خانم ۴۸ ساله با علائم سوء جذب تحت بیوپسی روده باریک قرار می‌گیرد. در همه موارد زیر یافته‌های بیوپسی تشخیصی Diagnostic است، به جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) سلیاک

ب) آمیلوئیدوز

ج) ماستوسیتوز

د) لنفانژکتازی

سؤال	۵	۶			
پاسخ	ج	الف			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

ایستگاه دستیاری

D1 در بیماری با علائم سندرم سوء جذب، انجام بیوپسی از مخاط روده در کدام‌یک از موارد زیر می‌تواند باعث تشخیص قطعی شود؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) بیماری ویپل

ب) بیماری سلیاک

ج) سندرم رشد بیش از حد باکتری‌ها

د) بیماری اسکلروز سیستمیک

پاسخ فقط ویپل از بین گزینه‌ها، ویژگی بیوپسی تشخیصی دارد. برگرد جواب سوال قبل رو بخون.

بعضی‌ها این جوری‌اند، وقتی یک نیش می‌خورند فکر می‌کنند اگه دیگران هم نیش بخورند درد اون‌ها کمتر می‌شه...!

#غلامحسین ساعدی

سؤال	D1			
پاسخ	الف			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
بیماری‌های التهابی روده	خیلی مهم	۷

پاسخ بیماری‌های التهابی روده یا IBD به واسطه‌ی سیستم ایمنی ایجاد می‌شوند. دو نوع اصلی IBD، کولیت اولسراتیو (UC) و بیماری کرون (CD) است.

یکی از مشخصات التهاب روده وجود RBC و WBC در مدفوع به علت خون‌ریزی و التهاب است. در این بیماری‌ها درگیری ترمینال ایلئوم و کولون دیده می‌شود پس برای تشخیص آن‌ها کولونوسکوپی و رکتوسیگموئیدوسکوپی حرف اول را می‌زند.

علائم و نشانه‌های بالینی مشترک بیماری‌های التهابی روده عبارت است از: اسهال خونی، درد شکم، زورپیچ و نشانه‌های التهابی مانند تب، لکوسیتوز و ESR بالا.

مهم‌ترین نکته در این فصل، افتراق کولیت اولسروز از کرون است.

۱ خانم ۲۵ ساله/ با سابقه اسهال از ۵ ماه/ در گزارش اسمیر مدفوع RBC و WBC فراوان. تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطبی)

الف کمبود لاکتاز
ب بیماری التهابی روده
ج سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر
د گاسترینوما

پاسخ کولیت اولسراتیو

در کولیت اولسراتیو التهاب لایه‌های مخاط و زیر مخاط روده، به خصوص رکتوم رو می‌گیره و بعد به بالاتر پیشرفت میکنه. این درگیری به صورت پیوسته است و حتی یه نقطه رو هم جا نمی‌ندازه! شاخص سرولوژیک کولیت اولسراتیو، P-ANCA است.

در کولیت اولسراتیو به علت درگیری سطحی مخاط و زیر مخاط پرخون احتمال اسهال خونی بیشتر است. این بیماری بر اساس شدت درگیری و علائم به چهار دسته تقسیم میشه.

۱. خفیف ☜ مخاط به صورت اریتماتو با دانه‌های ریز سطحی شبیه کاغذ سمباده دیده میشه که اولین تغییر رادیولوژیک کولیت اولسروزه که در تنقیه باریم دیده میشه.

۲. شدید ☜ مخاط زخمی، اریتماتو به همراه خون‌ریزی داریم.

۳. مزمن ☜ در این مرحله پولیپ‌های التهابی (یا کاذب)، آتروفی کولون و باریک و کوتاه شدن کولون دیده میشه.

۴. برق‌آسا ☜ که کولیت سمی یا مگاکولون سمی هم گفته میشه؛ به دنبال اتساع وحشتناک روده، دیواره‌ی آن شدیداً نازک شده و مخاط زخمی می‌شود. پس احتمال به پرفوریشن روده بالا است.

یافته‌های پاتولوژی کولیت اولسروز ☜ تخریب کریپت‌ها (چاله‌ها)، آبسه‌ی کریپتی و ارتشاح لنفوسیت‌ها

✍ سیگار در کولیت اولسروز بر عکس کرون نقش حفاظتی داره

۲ در بیمار مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) همه موارد زیر به نفع کولیت اولسراتیو می‌باشد، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف درگیری رکتوم
ب درگیری پیوسته‌ی مخاطی
ج زخم‌های سطحی کولون
د وجود گرانولوم در پاتولوژی

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ب	د		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عوارض کولیت اولسراتیو:

- مگاکولون توکسیک و پرفوراسیون روده
- خون‌ریزی گوارشی و آنمی
- آدنوکارسینوم کولون

پاسخ **تابلوی مگاکولون توکسیک**، بیماری مبتلا به IBD به خصوص کولیت اولسروز است که ناگهان دچار تندرنس شدید شکم، تب، تاکی‌کاردی و اسهال خونی می‌شود. احتمال این عارضه در بیماران تحت درمان با کورتیکواستروئید بیش‌تر است. این عارضه با گرافی ساده‌ی شکم و دیدن اتساع کولون قابل تشخیص است. درمان این عارضه، مایع‌درمانی و جراحی است. به علت شکننده بودن مخاط روده، گذاشتن رکتال تیوب ممنوع است.

۳ بیماری که مورد شناخته شده‌ی UC می‌باشد با تب و درد شکم و افزایش دفعات با تشخیص مگاکولون توکسیک در بخش بستری است. کدام مورد زیر را انجام نمی‌دهید؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷ - میان‌دوره کشوری)

الف) گذاشتن رکتال تیوب
ب) مشاوره‌ی جراحی
ج) گرافی ساده شکم
د) مایع درمانی مناسب

کرون

پاسخ در کرون التهاب هر چهار لایه‌ی روده به خصوص ایلئوم ترمینال و دریچه‌ی ایلئوسکال رو درگیر می‌کنه. این درگیری به صورت تیکه تیکه است که بینش نواحی سالم هم دیده میشه؛ اصطلاحاً Skip Lesion خونده میشه. شاخص سرولوژیک کولیت کرون، ASCA است. در کرون به علت درگیری تمام لایه‌های روده انتظار بیشتری برای بروز فیستول، تنگی و انسداد روده داریم. در کرون درد شکم بارزتر است، در مقابل کولیت اولسروز که خونریزی و هماتوشزی شایع‌تر بود. میگن کرون میتونه تمام طول لوله‌ی گوارش رو حتی تا مری بگیره!

۴ در مورد بیماری‌های التهابی روده کدام تظاهر بالینی در بیماری کرون نسبت به کولیت اولسروز کم‌تر شایع است؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸ - میان‌دوره کشوری)

الف) درد شکم
ب) اسهال
ج) کاهش وزن
د) هماتوشزی

پاسخ **نشانه‌های کلینیکی و آندوسکوپی کرون**

- زخم‌های به شکل آفت (Aphthous)
- نمای قلوه سنگی (Cobble stone)
- زخم‌های اقماری (satellate)
- التهاب کانونی
- گرانولوم‌های غیر پنیری در تمام لایه های روده
- چربی خزنده (Creeping Fat): استطاله‌های مزانتره
- فیستول‌های اطراف رکتوم
- شقاق و آبسه پری آنال (که در UC دیده نمیشه)
- ضخیم و فیبروتیک شدن دیواره روده و تنگی مجرای روده

۵ پسر ۱۸ ساله با درد شکم اطراف ناف، تب ۳۸ درجه و اسهال آبکی. در آزمایشات Hb:10، WBC:10900 و CRP:66 دیده می‌شود. درکلونوسکوپی deep ulcers پراکنده در کولون راست و عرضی و التهاب ایلئوم دارد. ۲ سال پیش سابقه عمل جراحی فیستول پری‌آنال داشته. محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- کشوری)

الف) کرون
ب) دیورتیکولیت
ج) کولیت اولسراتیو
د) هنوخ شوین لاین

عوارض کرون:

- تنگی مجرای روده و انسداد
- سوء جذب
- سنگ کلیه: معمولا کلسیم اگزالاتی
- بدخیمی با احتمال کمتر

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	الف	د	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

- فیستول بین قسمت‌های مختلف گوارش و حتی ارگان‌های اطراف

جدول افتراق ویژگی‌های کولیت اولسراتیو و کرون رو هم بخون.

بیماری	کولیت اولسراتیو (UC)	کرون (CD)
شایع‌ترین علامت چیه؟	اسهال خونی و هماتوشزی	درد شکم و اسهال غیرخونی
کدام بخش روده را درگیر می‌کند؟	اغلب رکتوم و رکتوسیگموئید	اغلب ایلئوم انتهایی و دریچه‌ی ایلئوسکال
کدام لایه‌های روده را درگیر می‌کند؟	مخاط و زیر مخاط	تمام لایه‌ها (ترانس مورال)
ویژگی ماکروسکوپیک	درگیری مخاطی منتشر و پیوسته (بدون قطعات سالم)	درگیری به صورت تکه تکه و ناپیوسته (skip lesions) (اون وسط مسطا ناحیه سالم داره)
شاخص سرولوژیک	P-ANCA	ASCA

تظاهرات خارج روده ای IBD

- **مفصلی** ☜ شایع‌ترین تظاهر خارج روده‌ای IBD، آرتریت است که به دو دسته تقسیم می‌شود:

۱. آرتریت محوری (اسپوندیلیت انکیلوزان و ساکروایلیئیت)

۲. آرتریت محیطی که خودش دو نوع داره:

☝ آرتریت محیطی تیپ I: درگیری غیر قرنیه و سرونگاتیو مفاصل بزرگ مثل هیپ، زانو، مچ.

✌ آرتریت محیطی تیپ II: درگیری قرینه‌ی مفاصل کوچک مثل متاکارپوفارنژیال.

- **چشمی** ☜ شایع‌ترین آن کونژونکتیویت، اپی‌اسکلریت و یووئیت قدامی است.

- (پاسخ) **پوستی** ☜ به ترتیب شیوع سه عارضه‌ی پوستی می‌بینیم:

۱. اریتما ندوزوم (شایع‌ترین): ندول دردناک روی قدام ساق به همراه آرتروپاتی محیطی.

۲. پیودرما گانگرنوزوم: زخم نکروتیک روی ساق پا.

۳. سندرم Sweet یا درماتوز نوتروفیلیک (نادرترین) به شکل درگیری پوستی به همراه تب ناگهانی و لکوسیتوز.

- (پاسخ) **کبدی صفراوی** ☜ کلانژیت اسکلروزان اولیه یا PSC، کبد چرب، هپاتیت اتوایمیون، سنگ صفراوی و هپاتیت مزمن فعال

✍ به دلیل همزمانی خیلی زیاد IBD به خصوص کولیت اولسروز با PSC، اگر بیماری با تابلوی بالینی PSC مثل تب، زردی، خارش و درد RUQ مراجعه کرد بعد از اثبات مشکل کلانژیتش، حتما باید جهت رد IBD کولونوسکوپی بشه.

---

۶ همه موارد زیر از تظاهرات پوستی بیماری کولیت اولسروز می‌باشند، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- کشوری)

الف) پیودرما گانگرنوزوم

ب) اریتم مولتی فرم

ج) اریتم نودوزوم

د) سندرم Sweet

۷ آقای ۳۹ ساله/ با کولیت اولسروز تحت درمان/ در اینترنت در مورد عوارض کبدی این بیماری سؤال می‌کند. کدام‌یک از عوارض کبدی زیر در بیماری التهابی روده کمتر محتمل است؟ (پره انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) Small duct sclerosing cholangitis

ب) Chronic active hepatitis

ج) Primary biliary cholangitis

د) Primary sclerosing cholangitis

سؤال	۶	۷		
پاسخ	ب	ج		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

ارتباط علائم غیر گوارشی با شدت عوارض گوارشی IBD

در این بین، سه عارضه، وابسته به شدت درگیری گوارشی در IBD است، یعنی: آرتریت محیطی تیپ یک، اریتم ندوزوم، اپی‌اسکلریت. اینا با تشدید عوارض گوارشی تشدید شده و با تخفیف آن، بهتر می‌شوند.

باقی علائم به شدت درگیری گوارشی ارتباطی ندارند، از جمله: PSC، آرتریت محوری و محیطی تیپ ۲، یووئیت و پیودرما گانگرنوزوم.

۸ کدامیک از ارگانیسم‌های زیر بیش از بقیه، می‌تواند علائمی شبیه به بیماری کرون ایجاد نماید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) Shigella
ب) Salmonella
ج) Yersinia
د) E. Coli

پاسخ تشخیص افتراقی‌های IBD

برای IBD تشخیص افتراقی‌های متنوعی داریم، از جمله: انتروکولیت ایسکمیک، ناشی از NSAID، بدخیمی، دیورتیکولیت و کولیت عفونی ناشی از یرسینیا، شیگلا، سالمونلا، کمپیلوباکتر، Ecoli– O157، آمیب و غیره. در این بین یرسینیا به علت تهاجم به کولون و همراهی با تب، درد شکم و اسهال، تابلوی بالینی کرون را تقلید می‌کند.

۹ خانم ۳۵ ساله با chronic bloody diarrhea تحت کولونوسکوپی قرار می‌گیرد و تشخیص ulcerative proctosigmoiditis قطعی می‌شود. بیمار فعلاً روزانه دو مرتبه دفع اسهال دارد و آزمایشات و معاینه‌ی وی نرمال است. اولین اقدام درمانی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ – قطبی)

الف) شروع 5ASA خوراکی و موضعی
ب) شروع پردنیزولون خوراکی
ج) شروع آزاتیوپرین خوراکی
د) شروع مترونیدازول خوراکی

درمان IBD

پاسخ اساس درمان بیماری التهابی روده بر پایه‌ی کم کردن التهاب است مثل آمینوسالسیلات و کورتیکواستروئید که نقش مهمی در درمان IBD دارند.

✌ آمینوسالیسیلات‌ها به صورت خوراکی یا موضعی: برای درمان بیماری خفیف تا متوسط کولیت اولسرو و نیز به عنوان درمان نگهدارنده تجویز می‌شوند. مثل سولفاسالازین که حاوی 5-ASA است. این داروها برای درمان کرون هنوز اثبات نشده‌اند.

✌ کورتیکو استروئیدها در موارد بیماری فعال متوسط یا شدید و شکست درمان با 5-ASA استفاده می‌شوند. شایع‌ترین داروی مورد استفاده پردنیزولون است. استروئید را به علت عوارض زیاد، نمی‌توان طولانی‌مدت و به عنوان درمان نگه‌دارنده تجویز کرد.

۱۰ تمام موارد زیر در مورد Screening کنسر کولون با کولونوسکوپی در مبتلایان به IBD صحیح است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۳ – قطبی)

الف) در مبتلایان به پروکتیت اولسروز بعد از گذشت ۲۰ سال از شروع بیماری باید این کار آغاز گردد.
ب) در مبتلایان به IBD+PSC سالیانه باید صورت گیرد.
ج) در بیماران مبتلا به Left Sided UC پس از گذشت ۱۲ تا ۱۵ سال از شروع بیماری هر دو سال یک بار انجام گیرد.
د) در صورت وجود Flat High Grade Dysplasia در بیوپسی کولون، کولکتومی توتال الزامی است.

پاسخ غربالگری کنسر کولون در IBD

به علت ریسک بالای بدخیمی در بیماری‌های التهابی روده، اسکرینینگ مشخصی براش تعریف شده که در بیماران با شرایط زیر با گذشت زمان به صورت هر ۱-۳ سال با کولونوسکوپی انجام میشه.

- درگیری تمام کولون (پان‌کولیت) یا درگیری بیش از یک سوم کولون ☜ بعد از گذشت ۸ تا ۱۰ سال از شروع علائم
- پروکتیت (درگیری رکتوم) ☜ بعد از ۸ سال

پروکتیت به تنهایی ریسک کنسر کولون رو بالا نمی بره. علت اینکه ۸ سال بعد کولونوسکوپی می‌کنیم اینه که ببینیم پیشرفت کرده به بالاتر یا نه.

سؤال	۸	۹	۱۰
پاسخ	ج	الف	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

- درگیری سمت چپ کولون (left colitis) یا پروکتوسیگموئیدیت یا درگیری کمتر از یک سوم کولون ☜ بعد از ۱۲ تا ۱۵سال
- درصورت داشتن ریسک فاکتورهایی مانند PSC، سابقه خانوادگی کنسر کولون و تنگی کولون اسکرینینگ زودتر یعنی از زمان بروز علائم شروع می‌شود.

در صورت گزارش بدخیمی، دیسپلازی درجه بالا و یا دیسپلازی درجه‌ی پایین ولی متعدد در پولیپ باید توتال کولکتومی انجام بدیم. اگر دیسپلازی درجه‌ی پایین و منفرد در پولیپ داشتیم، پولیپکتومی کافی است.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۱۱ بیمار مورد UC از ۱۰ سال قبل که در کولونوسکوپی درگیری تمام کولون (پان‌کولیت) داشته است. برای غربالگری کانسر کولون کدام‌یک از موارد زیر پیشنهاد می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- کشوری)

الف) کولونوسکوپی هر ۵ سال
ب) رکتو سیگموئیدوسکوپی هر ۱ تا ۲ سال
ج) کولونوسکوپی هر ۱ تا ۲ سال
د) رکتو سیگموئیدوسکوپی هر ۵ سال

پاسخ: برگرد بالاتر رو بخون. قرار شد، در صورت درگیری تمام کولون یا بیش‌تر از یک سوم آن، بعد از ۸ تا ۱۰ سال از بروز علائم، هر ۱ تا ۳ سال یک بار کولونوسکوپی کنیم.

آیرای خوبِ نازنینم!

مدت‌هاست که برایت چیزی ننوشته‌ام...!

زندگی مجال نمی‌دهد؛ غم نان!

با وجود این، خودت بهتر می‌دانی، نفسی که می‌کشم تو هستی؛ خونی که در رگ‌هایم می‌دَوَد

و حرارتی که نمی‌گذارد یخ کنم...!

امروز بیشتر از دیروز دوستت می‌دارم و فردا بیشتر از امروز...

و این، ضعفِ من نیست، قدرتِ توست...!

احمد شاملو

نامه‌های احمد شاملو به آیرا

سؤال	۱۱			
پاسخ	ج			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر	مهم	۵

ن‌ج سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر یا IBS یکی از بیماری‌های شایع در جوانانه که زمینه‌های روانی، عفونی و عصبی متفاوتی براش ذکر شده و در واقع نوعی بیماریه عملکردیه. در ایجاد این بیماری عوامل مثل فعالیت حسی و حرکتی غیر طبیعی روده، سوء جذب اسیدهای صفراوی، اختلال عملکرد CNS، اختلالات سایکولوژیک، التهاب مخاطی و استرس تأثیر دارند.

ن‌ج دو علامت اصلی IBS، درد شکم و تغییر در اجابت مزاجه. برای اینکه به بیماری برچسب IBS بزنیم باید تعریف زیر رو بدونیم:

درد راجعه‌ی شکم که حداقل از شش ماه پیش شروع شده باشه و در ۳ ماه اخیر حداقل یک روز در هفته درد بگیره و همراه با دوتا از ویژگی‌های زیر باشه

- درد با اجابت مزاج رفع بشه.
- درد همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج باشه.
- درد همراه با تغییر قوام مدفوع باشه؛ حالا یا شل یا یبس!

ن‌ج یادت باشه تشخیص IBS زمانی مطرح میشه که تمام بیماری‌های ساختاری (ارگانیک) دیگه رو رد کرده باشی و آزمایشات و بررسی‌های بیمار نرمال باشه.

سه ویژگی خیلی مهم در بیماری IBS سن بروز، درد شکم و دفع شونه که باید برای تأیید تشخیص خصوصیاتش رو بدونی:

سن اولین علائم بیماری قبل از ۴۵ سالگی ظاهر میشه؛ پس بیمار بالای ۴۵ سال با علائم IBS نیاز به بررسی‌های جدی‌تر مثل کولونوسکوپی داره.

درد شکم بیمار مبتلا به IBS درد شکمش رو به صورت دوره‌ای و کرامپی و معمولاً اطراف نافش تجربه می‌کنه. درد شکم با دفع گاز و مدفوع بهتر و با مصرف غذا و استرس بدتر میشه؛ پس روزه‌داری درد شکم رو کمتر می‌کنه. درد IBS اغلب شبانه نیست و بیمار رو از خواب بیدار نمی‌کنه اما در موارد ناشایع و شدید، چندین بار در طول شب بیمار از خواب بیدار میشه پس درد شبانه اصلاً ملاک خوبی برای افتراق بیماری روده‌ای ساختاری از عملکردی نیست.

مدفوع مدفوع بلغمی و موکوسی در IBS خیلی شایعه. مبتلایان به IBS احساس زورپیچ (زور زدن هنگام خروج مدفوع)، فوریت در دفع، احساس دفع ناکامل مدفوع و نفخ رو در حین دفع مدفوع ذکر می‌کنن. اسهال این بیماران هم مانند دردشون با روزه‌داری بهتر میشه.

---

۱ در بیمار ۳۸ ساله‌ای که بعد از رد علل ارگانیک تشخیص روده تحریک‌پذیر گذاشته شده است، همه موارد زیر از علل و پاتوفیزیولوژی ایجاد آن می‌باشند، به‌جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) Gut motilioty abnormalities
ب) Bile acid malapsorption
ج) H.pylori infection
د) Central Neural dysfunction

۲ در رابطه با علائم بالینی سندرم روده تحریک پذیر، گزینه غلط کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) شروع علائم اکثر بیماران، قبل از سن ۴۵ سالگی است.
ب) نیمی از این بیماران، علائم dyspepsia را نیز دارند.
ج) اسهال بدون درد شکمی، از ویژگی‌های این بیماران است.
د) میزان گاز روده‌ی این بیماران همانند افراد نرمال است.

۳ آقای ۲۵ ساله/ با شکایت دردهای شکمی و دفع اسهال همراه با موکوس. کدام یک از علائم ذیل با تشخیص IBS مطابقت دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) یافته‌های آزمایشگاهی نرمال
ب) کاهش وزن
ج) اسهال شبانه
د) وجود خون در مدفوع

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ج	ج	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ چه علائمی تشخیص IBS و بیماری گوارشی عملکردی را زیر سؤال می‌برد؟

- علائم پیشرونده
- خون در مدفوع
- اسهال شبانه
- اسهال التهابی (دارای RBC و WBC)
- کاهش وزن
- ESR بالا
- بروز علائم در سن بالا
- استئاتوره
- وجود علائم سیستمیک مثل تب، آنمی و...
- عدم بهبود اسهال علی‌رغم ۴۸ ساعت روزه‌داری

IBS پس از عفونت (Post Infection)

پاسخ گفتیم یکی از زمینه‌های ایجاد IBS، عفونت و گاستروانتریت باکتریاییه که در زنان و جوانان شایع‌تره؛ پس سن بالای ۶۰ سال برای IBS بعد از عفونت عامل محافظت‌کننده محسوب میشه.

ریسک فاکتورهای IBS پُست اینفکشن

- طولانی بودن دوره ی عفونت اولیه
- سیگار
- توکسیک بودن عامل عفونی
- التهاب مخاطی
- طولانی بودن درمان آنتی‌بیوتیکی
- افسردگی
- جنس مونث
- هیپوکندریازیس یا خود بیمار پنداری
- وقوع حوادث ناگوار روانی در ۳ ماه گذشته

باکتری‌هایی که در عفونت اولیه‌ی این بیماری نقش دارن چیان ☜ کمپیلوباکتر، سالمونلا و شیگلا

درمان آنتی‌بیوتیکی گاستروانتریت ریسک IBS بعد از عفونت رو زیاد میکنه.

پاسخ برخورد با IBS

در بیمار مشکوک به IBS، اول باید با این سه اقدام، اختلالات ساختاری و عفونت رو رد کنیم:

۱. CBC

۲. آزمایش مدفوع (از نظر انگل)

۳. بررسی کولون: بالای ۴۰ سال با کولونوسکوپی و زیر ۴۰ سال با رکتوسیگموئیدوسکوپی.

وقتی سایر اختلالات رد شد، علامت‌درمانی رو بر اساس علامت غالب در IBS به صورت زیر شروع می‌کنیم:

این بیمار با توجه به درد شکم از ۶ ماه قبل که با دفع خوب میشه به همراه آزمایشات و ارزیابی‌های نرمال، مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر یا IBS است. برای درمان IBS باید به علامت غالب بیمار توجه کنیم؛ مثلاً اینجا چون درد شکم غالبه، پس می‌تونیم از ضد افسردگی سه حلقه‌ای

---

۴ آقای ۲۵ ساله‌ای با درد شکم از یک سال قبل به درمانگاه مراجعه کرده است. درد بیمار همراه با اسهال در طول شبانه‌روز و به صورت متناوب می‌باشد. درد بیمار با اجابت مزاج بر طرف می‌شود. علائم سیستمیک دیگری ندارد. با توجه به محتمل‌ترین تشخیص مطرح برای بیمار، کدام یافته با تشخیص احتمالی مغایرت دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطبی)

الف) فقدان علائم سیستمیک
ب) وجود درد شکم
ج) اسهال شبانه
د) بر طرف شدن درد با اجابت مزاج

۵ کدامیک از موارد زیر در ایجاد سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر پس از عفونت گوارشی (گاستروانتریت) نقش محافظت کننده خواهد داشت؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- کشوری)

الف) جنس مؤنث
ب) سن بالای ۶۰ سال
ج) استعمال سیگار
د) مصرف آنتی‌بیوتیک جهت گاستروانتریت

۶ خانم ۲۴ ساله/ درد شکم از ۶ ماه قبل در ناحیه هایپوگاستر که هفته‌ای یک تا دو بار تکرار شده و با دفع مدفوع بیمار بهبود می‌یابد/ مدفوع: آبکی و حاوی بلغم و فاقد خون/ CBC و آزمایش مدفوع و کولونوسکوپی: نرمال. مناسب‌ترین اقدام درمانی در این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) مترونیدازول خوراکی
ب) استروئید خوراکی
ج) رژیم غذایی فاقد گلوتن
د) داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	ج	ب	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

(TCA)، SSRI و یا شل‌کننده‌های عضلانی استفاده کنیم. تو سه حالت دیگه چیا تجویز می‌کنیم؟

- در IBS با درد شکم غالب ☜ شل‌کننده‌ی عضلانی، ضد افسردگی سه حلقه‌ای یا TCA مثل ایمی‌پرامین / SSRI؛ مثل این مریض.
- در IBS با یبوست غالب ☜ ضد یبوست مثل لاکتولوز، پسیلیوم و غیره.
- در IBS با اسهال غالب ☜ ضد اسهال مثل لوپرامید، کلسترامین رزین، آلوسترون.
- در IBS پر از نفخ و گاز ☜ رژیم مناسب (رژیم Low FODMAP)، پروبیوتیک و ریفاکسیمین.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۷ خانم ۲۳ ساله بدون سابقه بیماری با درد شکم و دوره‌های اسهال و یبوست متناوب از دو سال قبل آمده که از ۶ ماه قبل هفته‌ای ۲-۱ بار درد شکم و نفخ شدید و احساس عدم تخلیه مدفوع و یبوست دارند و درد شکم با اجابت مزاج بهتر می‌شود. برای درمان نفخ بیمار همه موارد زیر صحیح است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- کشوری)

الف) ضد افسردگی SSRI
ب) پروبیوتیک
ج) رژیم low FODMAP
د) ریفاکسیمین

پاسخ ضد افسردگی رو برای درد میدیم و سایر گزینه‌ها رو برای نفخ!

FODMAP مخفف چیه؟ مونوساکارید، دی ساکارید، الیگو ساکارید و پُلی اُل‌های تخمیرپذیر. استفاده از رژیم غذایی که این مواد توش کمتر باشن به بهبود علائم IBS کمک میکنه. بهش میگن رژیم Low FODMAP.

در این دنیا نه خوشبختی هست و نه بدبختی؛

فقط قیاس یک حالت با حالتی دیگر است...

تنها کسی که حد اعلای بدبختی را شناخته باشد، می‌تواند حد اعلای خوشبختی را نیز درک کند...

می‌بایست انسان خواسته باشد بمیرد، تا برائد زنده بودن چقدر خوب است...

پس زندگی کنید و خوشبخت باشید...

هرگز فراموش نکنید که تا روزی که خداوند بخواهد آینده‌ی انسان را آشکار کند،

همه‌ی شناخت انسان در دو کلمه خلاصه می‌شود: انتظار کشیدن و امیدوار بودن...

#الکساندر دوما

سؤال	۷				
پاسخ	الف				

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
کاهش وزن غیر ارادی	غیر مهم	۰

پاسخ کاهش وزن غیرارادی (Involuntary Weight Loss /IWL) اغلب تدریجی ایجاد می‌شود و نشان‌دهنده‌ی یک بیماری زمینه‌ای وخیم است. کاهش وزنی از نظر بالینی مهم است که به صورت کاهش ۴٫۵ کیلوگرم؛ یا بیش از ۵ درصد وزن بدن ظرف مدت ۶ الی ۱۲ ماه باشد.

علل شایع IWL در ۴ دسته قرار می‌گیرند:

- بدخیمی
- اختلالات متابولیک نظیر هیپرتیروئیدیسم و دیابت
- بیماری‌های عفونی یا التهابی مزمن
- اختلالات روان‌پزشکی

برای هر بیماری که با کاهش وزن شدید اومد باید ابتدا ارزیابی‌های اولیه رو انجام بدیم:

- شرح حال و معاینه کامل
- شمارش سلول‌های خون
- آزمایش ارزیابی کبدی
- CRP ،ESR
- مطالعات عملکرد کلیوی
- آزمایشات تیروئید
- گرافی قفسه سینه
- سونوگرافی شکم

بعد از ارزیابی‌های اولیه، آزمایشات غربالگری سرطان مانند ماموگرافی و کولونوسکوپی هم باید انجام بدی. برای این خانم ۴۸ ساله که با کاهش وزن بیش‌تر از ۵٪ در عرض چهار ماه اومده باید همه‌ی ارزیابی‌های اولیه رو درخواست بدی که ماموگرافی توش نیست.

برو برو سر فصل بعدی!

۱ خانم ۴۸ ساله‌ای با ۱۰ درصد کاهش وزن در عرض ۴ ماه مراجعه کرده است. در مرحله‌ی اول انجام کدام یک از تست‌های زیر اهمیت کمتری دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) Mammography

ب) thyroid function test

ج) chest Rodiography (CXR)

د) abdominal ultra-sound

سؤال	۱			
پاسخ	الف			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
ارزیابی کارکرد کبد و تشخیص	خیلی مهم	۸

نوبتیم باشه نوبت جیگره ☺

برای بررسی عملکرد کبد، روش‌های مختلفی داریم که راحت‌ترین آن‌ها آزمایش خون است. این آزمایشات در چهار دسته قرار می‌گیرن:

- **نمایانگر آسیب هپاتوسیت‌های کبد** ☜ ترانس‌آمینازهای کبدی مثل AST و ALT
- **نمایانگر کلستاز** ☜ آلکالن فسفاتاز (Alkp)، ۵- نوکلئوتیداز، گاما گلوتامیل ترانسفراز (γGT)
- **عملکرد دفعی و سم‌زدایی کبد** ☜ بیلی‌روبین سرم یا ادرار، آمونیاک خون
- **عملکرد بیوسنتتیک کبد** ☜ آلبومین و گلوبولین سرم، فاکتورهای انعقادی

۱ خانم ۴۵ ساله‌ای با شکایت از زردی پوست و اسکلرا و تیره رنگ شدن ادرار از یک هفته قبل، به شما مراجعه می‌نماید. دقیق‌ترین تست در این زمان برای تعیین وضعیت عملکرد کبد (Liver Function) کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ – قطبی)

الف) ALT

ب) PT (INR)

ج) Alk. Phosphatase

د) Albumin

پاسخ ✍ در بیماری‌های کبدی کاهش آلبومین نشانه‌ی مزمن شدن بیماری (کرونیسیتی) و افزایش PT (پروترومبین تایم) نشانه‌ی کمبود ویتامین K بعلت سوء جذب یا اختلال بارز عملکرد کبد است. پس آلبومین رو برای ارزیابی پروسه‌های حاد مثل هپاتیت‌های وایرال، زردی و هپاتوکسیسیته‌ی ناشی از دارو استفاده نمی‌کنیم؛ به جاش تو سیروز براموِن مهمه. در حالی‌که PT (INR) برای بررسی اختلالاتی نظیر زردی انسدادی مثل این خانم که با زردی اومده و موارد سوء جذب چربی مناسبه.

✍ ALT مختص کبد است؛ Liver ⟵ L. ولی AST از جاهای مختلفی ترشح میشه و در سکته‌ی قلبی، ترومای مغزی، همولیز و آسیب پانکراس و ریه هم بالا میره.

مقدار نرمال هر کدوم رو یاد بگیر؟

بیلی‌روبین توتال	بیلی‌روبین مستقیم	AST و ALT	AlkP
۰٫۲ –۱ mg/dl	۰٫۳ mg/dl	۱۰ – ۴۰	۸۰ –۳۰۰

سؤال	۱
پاسخ	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

همیشه ALT بیشتر از AST است به جز در دو بیماری ☜ هپاتیت الکلی و سیروز

قبل از اینکه بریم سراغ تغییرات تست‌های کبدی و اپروچش، جدول زیر رو یاد بگیر تا حدودی بتونی تغییرات ترانس‌آمینازهای کبدی رو تفسیر کنی.

میزان AST وAlT	بیماری
۱۰ تا ۴۰	نرمال
افزایش شدید (بیشتر از ۵۰۰)	بیماری حاد هپاتوسلولر، مثل هپاتیت حاد ویروسی و یا دارویی، کلانژیت و...
افزایش خفیف (حداکثر تا ۳۰۰)	بیماری هپاتوسلولر مزمن ☜ شایع‌ترین: کبد چرب یا بیماری کلستاتیک مزمن

۲ خانم ۳۵ ساله‌ی چاق با احساس پری و سنگینی RUQ مراجعه کرده، در معاینه تندرنس شکم ندارد. در آزمایشات ترانس آمینازها ۴ برابر افزایش دارد. قند خون طبیعی و تری گلیسیرید ۳ برابر حد قابل قبول است. کدام تشخیص محتمل است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

الف) کبد چرب

ب) سنگ کیسه‌ی صفرا

ج) پانکراتیت

د) آبسه‌ی کبد

پاسخ در دسته‌ی بیماری‌های مزمن هپاتیت‌های مزمن، کبد چرب الکلی و غیرالکلی، هپاتیت اتوایمیون، PSC، PBC، بیماری ویلسون و هموکروماتوز هم هستن. این خانم چاق که ترانس‌آمینازش ۴ برابر نرماله یعنی حدوداً میشه ۱۶۰ (با یه ضرب ساده!)؛ پس افزایش خفیف داره که شایع‌ترین علتش کبد چربه. اگر همین خانم رو سونوی شکم کنی حتما اکوی کبد رو افزایش یافته گزارش میکنه.!

اولین و اخرین توصیه‌ی ما به کسی که کبد چرب داره، ورزش، رژیم غذایی مناسب و کاهش چربی دور شکمیه گزینه‌ی مورد علاقه‌ی خانما!

اپروچ به تغییر تست‌های کبدی

وقتی بیماری با تغییر تست‌های کبدی مراجعه می‌کند اول باید حاد (زیر ۶ ماه) یا مزمن بودن (بالای ۶ ماه) آن را مشخص کنیم. بعد باید الگوی تغییرات را مشخص کنیم. چهار الگو برای تغییرات تست‌های کبدی داریم:

۱. افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین ☜ در فصل هایپربیلی‌روبینمی مفصل توضیح میدیم.

۲. الگوی هپاتوسلولر ☜ تغییر ترانس‌آمینازهای کبدی بارزتر از AlkP و... است.

۳. الگوی کلستاتیک ☜ تغییر AlkP و ۵- نوکلئوتیداز و گاما GT بارزتر از ترانس‌آمینازهای کبدی است.

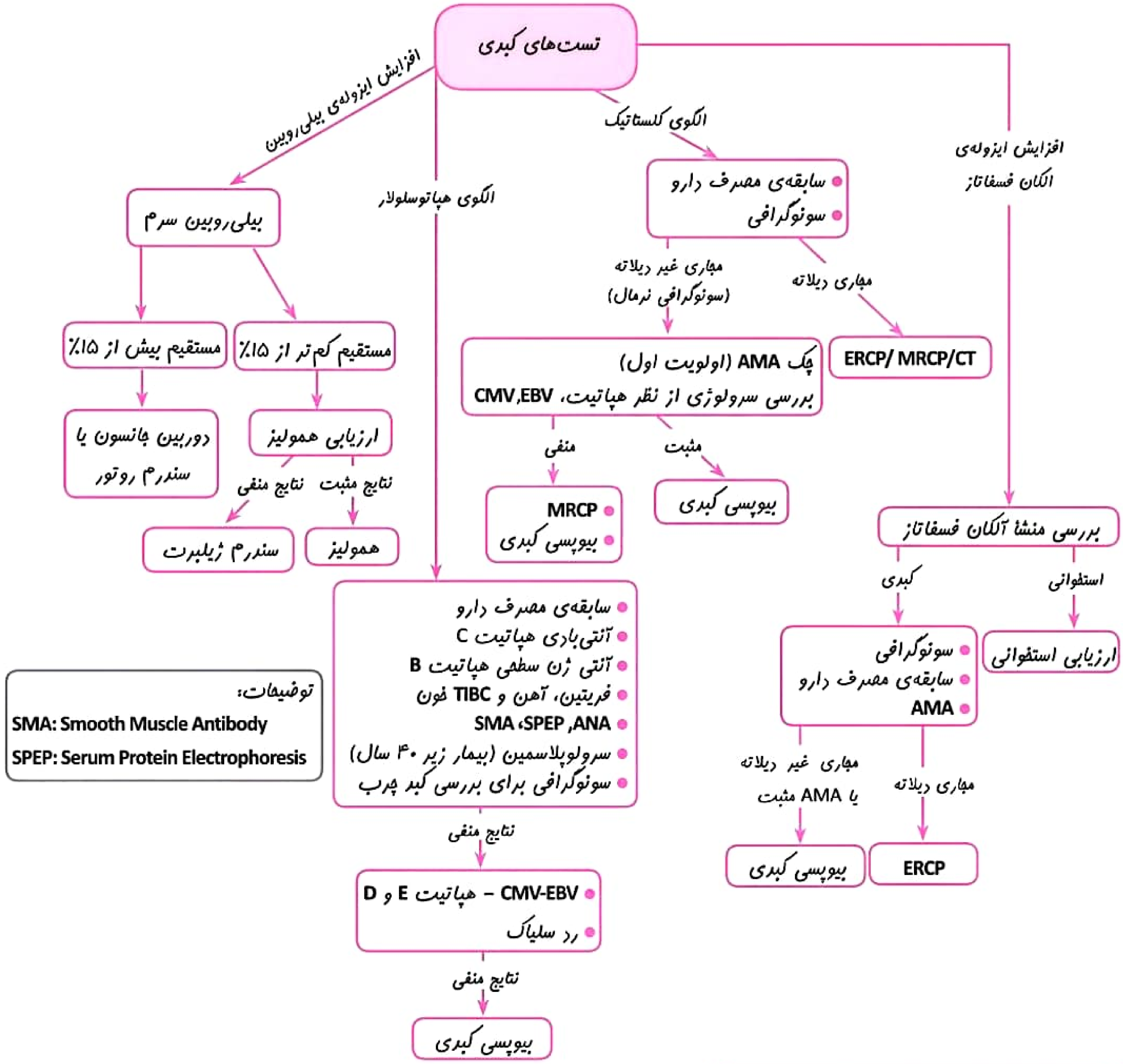
۴. افزایش ایزوله‌ی آلکالن فسفاتاز ☜ بر اساس اینکه آلکالن‌فسفاتاز منشأ کبدی یا غیر کبدی دارد، اپروچ متفاوته.

حالا بر حسب اینکه الگوی تغییرات چیه، اپروچ رو میگیم.

سؤال	۲			
پاسخ	الف			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL



۳ خانم ۴۸ ساله با شکایت خستگی مزمن از ۴ ماه قبل و سابقه هیپوتیروئیدی تحت درمان با لووتیروکسین، آمده است. معاینه شکم نرمال می‌باشد. آزمایشات انجام شده به شرح زیر است:

CBC=Normal, TSH=2.5, Total bilirubin=2.1, ALKPh=900, ALT=60, AST=50

جهت تشخیص بیماری وی قدم اول کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹- کشوری)

الف) Ultrasonography

ب) ERCP

ج) HCV RNA

د) CT شکم

سؤال	۳
پاسخ	الف

پاسخ الگوی کلستاتیک

افزایش آنزیم‌های زیر نشانگر بیماری کلستاتیک (انسداد صفرا) است:

✌ **AlkP:** این آنزیم علاوه بر کبد از استخوان، جفت و روده‌ی باریک هم ترشح میشه. برای همینه که میگن برای آزمایشات کبدی ناشتا باش!

پس در بچه‌ها، خانم باردار، افراد مسن و... بالا میره.

✌ **GGT** (گاما گلوتامیل ترانسفراز): اگر همزمان با افزیش AlkP این آنزیم هم بالا باشه، قطعاً منشأ آلکالن فسفاتاز کبدیه.

۵- نوکلئوتیداز

حالا الگوی تغییرات کلستاتیکه، اولین قدم چیه؟ سونوگرافی و چک سابقه‌ی دارویی بیمار.

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

در سونوگرافی دو حالت پیش میاد:

پاسخ ✌ سونوگرافی نرماله و مجاری صفراوی دیلاته نیست ☜ درگیری اینترا هپاتیکه ☜ انجام تست AMA (آنتی‌میتوکندریال آنتی‌بادی)

+ اگر AMA مثبت بود ☜ انجام بیوپسی کبد. احتمال ۹۰٪ درصد تشخیص PBC است ولی به علت ۱۰٪ باقیمانده انجام بیوپسی کبد ضروریست.

− اگر AMA منفی بود ☜ انجام MRCP و یا بیوپسی کبد

✌ سونوگرافی غیر نرماله و مجاری صفراوی دیلاته است ☜ درگیری اکسترا هپاتیکه ☜ انجام MRCP، CTSCAN و ERCP. با این بررسی‌ها کل سیستم صفراوی و مسائل خارج کبدی را چک می‌کنیم.

پاسخ علل تغییرات کلستاتیک

۱. اکسترا هپاتیک (مجاری صفراوی متسع): بیماری‌های خوش‌خیم و بدخیم زیادی در این دسته هستند:

- خوش‌خیم ☜ سنگ، PSC (sclerosing primary cholangitis)، CBD (common bile duct)، سندرم Mirizzi (سنگ کیسه‌ی صفرا که به CBD فشار آورده و باعث تنگی مجرا شده)
- بدخیم ☜ تومور کیسه صفرا، تومور مجاری صفراوی (cholangio carcinoma)، تومور سر پانکراس، تومور آمپول واتر

۲. اینتراهپاتیک (مجاری صفراوی غیر متسع): هپاتیت، ویروس، دارو، PBC (primary billiary cirrhosis)، PSC، مشکلات داخل کبدی مثل تومورهای داخل کبدی مانند Klatskin تومور، بیماری‌های انفیلتراتیو کبدی و...

✍ PBC یا کلانژیت صفراوی اولیه نوعی بیماری خودایمنی است که بیشتر در خانم‌ها بروز کرده و مجاری صفراوی اینترلوبولار را درگیر می‌کند. در ۹۵٪ موارد این بیماری تست AMA مثبت می‌شود.

پاسخ ✍ PSC هم می‌تواند تظاهر خارج کبدی (سونوگرافی مختل) و هم داخل کبدی (سونوگرافی نرمال) داشته باشد ولی شایع‌ترین تظاهر آن همزمانی این دو حالت است. کلانژیت اسکلروزان اولیه باعث ایجاد تنگی‌های متعدد در مجاری صفراوی می‌شود و در نتیجه در MRCP نمای معروف دانه‌ی تسبیح (Beading) دیده می‌شود. پس تشخیص PSC با MRCP است. به علت همزمانی فراوان PSC و IBD بعد از تأیید تشخیص، انجام کولونوسکوپی برای رد IBD ضروری است. این آقا با خارش و تست‌های کبدی مختل اومده که بیشتر الگوی کلستاتیک داره، در مرحله‌ی بعد سونو کرده نرمال بوده ولی در MRCP نمای تسبیح داشته؛ پس تشخیص PSC قطعی شده. حالا فقط مونده کولونوسکوپی، چون ۷۵٪ بیماران PSC همزمان IBD هم دارن.

---

۴ خانمی ۵۲ ساله به علت ایکتر و خارش مراجعه نموده است. سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی نرمال است در آزمایشات

AST:50, ALT:60, ALP:1300, Bili total:10, Bili direct:9

می‌باشد اولین اقدام تشخیص بعدی چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) AMA
ب) HBS Ag
ج) HCV Ab
د) ERCP

۵ مرد ۶۰ ساله‌ای با شکایت از زردی مراجعه کرده است. آزمایشات انجام شده به شرح زیر است:

Bili Total= 12 mg/dl, Bili Direct= 8mg/dl

AST= 50u/l, ALT= 55u/L, Alkphos= 1200UI

در سونوگرافی فقط مجاری صفراوی داخل کبدی دیلاته هستند و CBD دیلاته نیست. کیسه صفراوی اندازه نرمال دارد. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ – قطبی)

الف) Klatskin Tumor
ب) Pancreatic cancer
ج) Choledocholithiasis
د) Cancer of Ampulla of vater

۶ بیمار آقای ۳۵ ساله‌ای است که به علت خارش بدن مراجعه کرده است و در آزمایشات انجام شده:

TBil: 3, Alkph: 1200, AST: 60, ALT: 90, D Bill: 1.8

است. سونوگرافی بیمار نرمال گزارش شده است. در MRCP مجاری صفراوی داخل کبدی و خارج کبدی Beading متعددی دیده می‌شود. کدام اقدام برای این بیمار توصیه می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ – قطبی)

الف) بیوپسی کبد
ب) کولونوسکوپی
ج) تست AMA
د) سی‌تی اسکن شکم و لگن

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	الف	الف	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۷ بیمار آقایی ۳۵ ساله/ با افزایش آنزیم‌های کبدی در حد ۴-۳ برابر نرمال از ۱,۵ سال قبل/ بدون سابقه‌ی خانوادگی بیماری کبدی/ نرمال بودن معاینه و BMI و سونوگرافی‌های مکرر انجام شده/ منفی بودن بررسی از نظر بیماری‌های ویرال، اتوایمیون و متابولیک. کدام گزینه درباره انجام بیوپسی کبد بیمار صحیح است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷- میان‌دوره کشوری)

الف) بیوپسی کبد کمکی به تشخیص بیماری نمی‌کند.

ب) در صورت عدم پاسخ به یک دوره‌ی درمان با کورتون، بیوپسی انجام می‌شود.

ج) در صورت عدم پاسخ به یکسال رژیم و کاهش وزن بیوپسی انجام می‌شود.

د) بیمار در همین مرحله کاندید بیوپسی کبد است.

پاسخ **الگوی هپاتیک**

در اپروچ به افزایش بارزتر ترانس‌آمینازهای کبدی و الگوی هپاتیک باید انواع هپاتیت رو با چند آزمایش رد کنیم.

- چک سابقه‌ی دارویی: هپاتیت دارویی
- چک آنتی‌بادی و آنتی‌ژن هپاتیت‌های وایرال مثل:

HBs-Ag / HBc-Ab-IgM / HCV-RNA / HAV-Ab-IgM

دقت کن که برای هپاتیت C از تست RNA استفاده می‌کنیم نه آنتی‌بادی، چون حدود ۶ هفته طول میکشه تا آنتی‌بادیش مثبت شه و در موارد هپاتیت C حاد به کار نمیاد.

- چک ANA و ASMA و الکتروفورز پروتئین‌های سرم (SPEP): هپاتیت اتوایمیون
- چک سرولوپلاسمین: هپاتیت ناشی از ویلسون
- چک آهن، فریتین و TIBC خون

اگر این بررسی‌ها به نتیجه نرسید، با سونو و آزمایشات کبد چرب و سلیاک رو رد می‌کنیم.

اگر بازم نتیجه نداد دیگه مرحله‌ی آخر بیوپسی کبد رو توصیه می‌کنیم.

۸ آقایی ۷۰ ساله با نتایج آزمایشات زیر به شما مراجعه می‌کند:

AST= 25 (normal) / ALT=30 (Normal) / Bill=Normal , AlK= 1200 (Nl=306)

در مرحله‌ی بعد کدام یک از موارد زیر را توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) بیوپسی کبد

ب) سونوگرافی از کبد و مجاری صفراوی

ج) اندازه‌گیری γ- گلوتامیل ترانسفراز (GGT)

د) اندازه‌گیری آنتی‌بادی ضد میتوکندریال (AMA)

الگوی افزایش ایزوله‌ی آنزیم آلکالن فسفاتاز

پاسخ گفتیم در مرحله‌ی اول باید منشأ آلکالن فسفاتاز رو به کمک ۵- نوکلئوتیداز و گاما GT مشخص کنیم.

- اگر منشأ کبدی داشت ☜ سونوگرافی، تست AMA و سابقه‌ی دارویی بیمار رو در نظر می‌گیریم.
- اگر منشأ خارج کبدی و استخوانی داشت ☜ ارزیابی استخوانی

الان بابابزرگ اومده با ترانس‌آمینازها و بیلی‌روبین نرمال و فقط آلکالن فسفاتازش بالاس، پس تو مرحله‌ی بعد باید گاما GT و ۵- نوکلئوتیداز رو چک کنیم.

الگوی افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین

اول باید ببینیم هایپربیلی‌روبینمی مستقیمه یا غیرمستقیم.

اگر بیلی‌روبین مستقیم (کنژوگه) بیش‌تر از ۱۵٪ توتال باشه ☜ هایپر بیلی‌روبینمی مستقیم. که تشخیصامون به دوبین جانسون و روتور محدود میشه.

اگر بیلی‌روبین مستقیم (کنژوگه) کمتر از ۱۵٪ توتال باشه ☜ هایپر بیلی‌روبینمی غیرمستقیم ☜ بررسی شواهد همولیز.

سؤال	۷	۸		
پاسخ	د	ج		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

بریم سراغ سوال‌های جدید

۹ آقای ۲۲ ساله با ایکتر مراجعه کرده. در معاینه اسکلرای زرد رنگ و ترمور هر دو دست مشهود است. آزمایشات:

AST: 310, ALT:265, ALP:160, WBC:7400, Hb:9.1, Plt:260000, Bili:T(D):12(6)

همه موارد زیر در اولویت می‌باشند، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- کشوری)

الف) HBsAg, HCVAb

ب) سروپلاسمین سرم

ج) بیوپسی کبد

د) الکتروفورز پروتئین‌های سرم

۱۰ خانم ۴۰ ساله بدون سابقه بیماری یا مصرف داروی خاص با زردی مراجعه کرده است. در آزمایشات AST:70 , Bilirubin direct:6 , BilirubinTotal:8 , ALP:980 , ALT:85 و GGT بالا. در سونوگرافی مجاری داخل و خارج کبدی نرمال. در این مرحله انجام کدامیک از اقدامات زیر کم‌ترین اولویت را دارد؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- کشوری)

الف) اندازه‌گیری AMA (Antimitochondrial antibody)

ب) Liver Biopsy

ج) بررسی از نظر HAV (Hepatitis A Virus)

د) بررسی از نظر EBV (Epstein-Barr virus)

پاسخ در بیماری که با شکایت زردی یا آزمایش کبدی غیر طبیعی میاد، به ترتیب به سطح آمینوترانسفراز کبدی (نرمال تا ۴۰)، بعد آلکالن فسفاتاز (نرمال تا ۳۰۰)، بعد نتیجه‌ی سونوگرافی کبد و مجاری و بعد سطح بیلی‌روبین نگاه کن. با این حساب چهار الگو داریم:

۱. افزایش ایزوله‌ی آلکالن فسفاتاز ← آلکالن بالا در کنار آمنوترانسفراز نرمال داریم.

۲. افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین ← فقط بیلی‌روبین زیاد شده.

۳. الگوی هپاتوسلولار ← همه چی به هم ریخته ولی افزایش آمینوترانسفراز نسبت به آلکالن غالب است. مثل این بیمار.

۴. الگوی کلستاتیک ← همه چی به هم ریخته ولی افزایش آلکالن نسبت به آمنیوترانسفراز غالب است.

به عنوان یک قانون یادت باشه، در هیچ الگویی بیوپسی کبد، پروسیجری با این تهاجم، انتخاب اول نیست. برگرد جواب ۷ رو بخون.

پاسخ برگرد جواب بالا رو بخون: بیمار زردی داره و تمام آزمایشات کبدی بهم ریخته ولی افزایش آلکالن فسفاتاز غالب است. پس الگوی کلستاتیک داریم. در چنین شرایطی اگر سونوگرافی نرمال بود باید چهار مورد را چک کنیم: AMA، هپاتیت، EBV، CMV. هیچوقت بیوپسی جزء اقدامات اولیه نیست! برگرد جواب ۵ رو بخون.

ایستگاه دستیاری

D1 فرد ۴۵ ساله با BMI معادل ۲۸ و با کبد چرب گرید ۲ در سونوگرافی مراجعه کرده است. کدام اقدام بیش‌ترین فایده را برای بیمار دارد؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) اورسو دی اکسی کولیک اسید

ب) متفورمین

ج) رژیم غذایی و ورزش

د) پیوگلیتازون

پاسخ اولین و آخرین توصیه‌ی ما در کبد چرب، ورزش، رعایت رژیم غذایی مناسب و کاهش چربی دور شکمی است.

سؤال	۹	۱۰	D1
پاسخ	ج	ب	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

انتشار توسط کانال تلگرامی مدیکا

@MEDICA_CHANNEL

تنها کانال منتشرکننده‌ی فایل‌های جدید استاجری، پره‌اینترنی و دستیاری

برای مشاهده‌ی سایر فایل‌ها، به کانال ما سر بزنید!

- ویرایش جدید اطفال پیرحاجی شامل نسخه چاپی، درسنامه کتابخانه دیجیتال، تست‌ها و ویس کامل
- مجموعه‌های اینسایت زنان، تغذیه، ایمونولو
- ژی، آمار و اپیدمیولوژی
- پکیج کامل ژلوفن‌های ویرایش جدید شامل دروس ماژور، مینور، شناورها
- پکیج کامل ضروریات پره‌اینترنی
- پکیج کامل کیوبی‌های ویرایش جدید با بالاترین کیفیت
- نسخه‌ی حرفه‌ای کتاب صلاحیت بالینی دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- نسخه حرفه‌ای کتاب پزشک طرح دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- پکیج کامل کتاب‌های پره‌پاس
- پکیج کامل کتاب‌های تورق سریع گروه مشاوره رادیولوژی تهران
- پکیج کامل مرور سریع‌های ماهان
- پکیج کامل گام آخرهای ماهان
- پاتولوژی لاموما
- عفونی اینفکتوما
- پکیج کامل کیو ای‌های پره‌اینترنی و دستیاری
- مرور جادویی ۷ درس داخلی ماهان
- و صدها فایل دیگه که جایی پیدا نمی‌کنین...

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
هایپربیلی‌روبینمیا	مهم	۴

اپروچ به هایپر بیلی‌روبینمی

در بیماری که با زردی یا بیلی‌روبین افزایش یافته مراجعه کرده، ابتدا تست‌های عملکردی کبد (LFT) شامل AST، ALT، AlkP، PT، Alb و بیلی‌روبین رو درخواست می‌کنیم. تا الگوی بیماری رو به دست بیاریم. در فصل قبل توضیحاتش رو دادیم.

اگر فقط بیلی‌روبین افزایش یافته بود و سایر تست‌های کبدی نرمال بود با الگوی افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین روبه‌روییم. چیکار می‌کنیم؟ تعیین می‌کنیم هایپر بیلی‌روبینمی مستقیمه (کونژوگه) یا غیرمستقیم (غیر کونژوگه).

- اگر بیش از ۱۵٪ بیلی‌روبین توتال، مستقیم باشه ☜ هایپر بیلی‌روبینمی مستقیم
- اگر کمتر از ۱۵٪ بیلی‌روبین توتال، مستقیم باشه ☜ هایپر بیلی‌روبینمی غیرمستقیم

✍ باتوجه به اینکه بیلی‌روبین غیر کونژوگه نامحلوله، آزمایشگاه فقط بیلی‌روبین توتال و کونژوگه رو بررسی می‌کنه. مقدار نرمال هر کدوم:

بیلی توتال ☜ کم‌تر از ۱/۵ mg/dl –۱

بیلی کونژوگه ☜ حدود ۰,۳ mg/dl

علل هایپربیلی‌روبینمی غیر کونژوگه

اتیولوژی هایپربیلی‌روبینمی غیر مستقیم در سه دسته تقسیم می‌شود:

☝ افزایش تولید بیلی‌روبین ☜ در بیماری‌های همولیتیک، اریتروپوئز ناموثر و انتقال حجم زیادی خون اتفاق می‌افتد. بیماران مبتلا به بیماری‌های همولیتیک مثل سیکل‌سل، اسفروسیتوز، کمبود G6PD و... معمولاً علاوه بر هایپربیلی‌روبینمی، آنمی هم دارند.

✌ کاهش uptake بیلی‌روبین غیرکونژوگه ☜ در مصرف داروهای خاص مثل ریفامپین و پروبنسید

👌 کاهش کونژوگاسیون ☜ به سه صورت بروز می‌کند:

۱. زردی فیزیولوژیک نوزادی

۲. اکتسابی: به دنبال مصرف داروهایی مانند جنتامایسین،کلرامفنیکل و... یا زردی ناشی از شیر مادر

۳. ارثی: بیماری کریگلر نجار تیپ I و II و سندرم ژیلبرت

---

۱) بیماری با شکایت زردی اسکلرا مراجعه کرده است. آنزیم های کبد، INR و آلبومین نرمال است. بیلی‌روبین توتال 5mg/dl و جزء مستقیم 0.8mg/dl است. احتمال کدام یک از بیماری‌های زیر کمتر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطبی)

الف) سندرم ژیلبرت

ب) خون‌سازی غیر موثر

ج) هپاتیت حاد

د) همولیز

سؤال	۱				
پاسخ	ج				

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ اگر مریضی اومد با افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین از نوع غیر کونژوگه به علائم و عدد بیلی‌روبین توتال نگاه می‌کنیم.

- خیلی بالا (بالاتر از ۲۰) و بیمار نوزاده ☜ کریگلر نجار تیپ یک
- نسبتاً بالا (بالاتر از ۶ و کمتر از ۲۵) ☜ کریگلر نجار تیپ دو
- نسبتاً پایین (کمتر از ۶) ☜ دو حالت داره. اگر هموگلوبین هم پایین باشه بیماری همولیتیکه ولی اگه هموگلوبین نرمال باشه سندرم ژیلبرته. این پسر جوون اومده با زردی و هایپربیلی‌روبینمی غیر مستقیم؛ پس الف و ب همین اول پَر! عدد بیلی‌روبین توتال هم ۶ اومده. پس یا ژیلبرته یا بیماری همولیتیکی مثل G6PD deficiency.

پاسخ **کریگلر نجار**

☝ تیپ یک ☜ بیشتر نوزادان درگیر میشن. در تیپ یک آنزیم مسئول کونژوگاسیون فعالتیش در حد صفر است و در واقع نجار نوزادمون بیکاره! بیلی‌روبین خیلی بالا میره از ۲۰ هم بیشتر و تقریباً تمام بیلی‌روبین به صورت غیرکونژوگه باقی می‌مونه. این نوزادان در معرض کرن‌ایکتروس و درصورت عدم تشخیص دچار عقب‌ماندگی ذهنی و مرگ میشن.

✌ تیپ دو ☜ آنزیم مسئول کونژوگاسیون خیلی کم و در حد ۱۰٪ فعالیت داره. بیلی‌روبین توتال عددی بین ۶ تا ۲۵ داره. برای جلوگیری از ایجاد کرن‌ایکتروس، میشه فنوباربیتال تجویز کرد.

ژیلبرت = پرسؤال‌ترین مبحث این فصل

پاسخ آنزیم مسئول کونژوگاسیون در حدود ۳۵٪ فعالیت دارد و عدد بیلی‌روبین توتال کمتر از ۶ گزارش میشه. افراد مبتلا به ژیلبرت با گرسنگی، خستگی، استرس زیاد، مصرف الکل یا سرماخوردگی، به دنبال مصرف داروهای بیماری ایدز مثل ایندیناویر و... زردی‌شون تشدید میشه. کلاً یخ کنی، زرد میشن!

ژیلبرت اغلب هنگام بلوغ یا کمی بعد از آن طی آزمایشات روتین تشخیص داده می‌شود. بر خلاف سندرم‌های کریگلر–نجار، شیوع ژیلبرت خیلی بالاست (۳ تا ۷ درصد) و تو آقایون هم نسبت به خانما بیشتره.

هیچ خطری این افراد رو تهدید نمی‌کنه پس هیچ اقدام درمانی یا تشخیصی‌ای نیاز نیست و باید به بیمار فقط اطمینان داد که حالش خوبه! مثل این اینترن بخش داخلی که بعد کشیک افتضاح بخش گوارش با زردی، درد شکم و هایپربیلی‌روبینمی غیرمستقیم اومده. اولین تشخیص ما همین ژیلبرت است. احتمالا از دوران راهنمایی هم همچین حالتایی داشته و دیشب بعد کشیک، بخاطر گشنگی و خستگی حالتش عود کرده! بهش توصیه می‌کنیم برو تو پاویون بخواب خوب میشی ♥

۲ آقای ۲۳ ساله/ با زردی متناوب از مدت‌ها پیش/ دارای bilirubin direct 0.24 mg/dl, billirubin total 6 mg/dl. کدام یک از تشخیص‌های زیر بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ – قطبی)

الف) سندرم روتور
ب) سندرم دوبین جانسون
ج) crigler- NajjarType I
د) G6PD deficiency

۳ آقای ۲۵ ساله به علت ایکتر مراجعه نموده‌اند. در معاینه غیر از اسکلرای ایکتریک نکته دیگری مشاهده نشد در آزمایشات:

AST= 25, ALP= 150, WBC= 4500

ALT= 35, T.Bil= 10, D.Bil= 1, Hb= 14

محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ – قطبی)

الف) دوبین جانسون
ب) ژیلبرت
ج) کریگلر نجار II
د) روتور

۴ آقای دانشجو ۲۳ ساله‌ای با سابقه‌ی ایکتر جهت بررسی ارجاع شده است. سابقه‌ی مصرف دارو الکل و بیماری خاص ندارد. در بررسی‌ها آزمایشات آمینوترانسفرازها و الکالین فسفاتاز نرمال, Bill T=4.5 Bill D= 0.5 ویرال منفی می‌باشد. احتمالاً تشخیص بیمار کدام است؟ (پره انترنی آذر ۹۸ – میان‌دوره کشوری)

الف) شروع سیروز صفراوی اولیه و توصیه به بیوپسی کبد
ب) سندرم ژیلبرت و اطمینان به بیمار
ج) هپاتیت توکسیک– توصیه به بیوپسی کبد
د) هپاتیت اتوایمون– توصیه به بیوپسی کبد

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	د	ج	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۵ آقای ۲۰ ساله به علت زردی اسکلرا مراجعه می‌کند. با توجه به آزمایشات محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

Bili.T= 5, Bili.D=3.5, AST=25 , ALT= 30, Alk.p=220

PT=12 , INR=1, Serum albumin=4

الف) کریگلر نجار

ب) دوبین جانسون

ج) هپاتیت A

د) ژیلبرت

۶ بیمار آقای ۳۵ ساله‌ای با آزمایشات زیر مراجعه کرده است. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطبی)

AST=20, ALT=22, ALP=210,T.BIL=10, D.BIL=7.5

الف) همولیز مزمن

ب) ژیلبرت

ج) دوبین جانسون

د) کریگلر نجار

پاسخ علل هایپربیلی‌روبینمی کونژوگه

روتور و سندرم دوبین جانسون دو بیماری نادر، ارثی و اوتوزومال مغلوبند که از علل افزایش بیلی‌روبین مستقیم می‌باشند. بیلی‌روبین مستقیم در این بیماران بین 2-5 mg/dl خواهد بود.

پس اگر بیماری با زردی اومد مثل این پسر ۲۰ ساله که تمام تست‌های کبدیش نرمال بود و فقط بیلی‌روبین بالا داشت اول چک می‌کنی ببینی مستقیمه یا نه. مثلاً اینجا بیلی توتال ۵ و مستقیم ۳،۵. خب تابلو هایپربیلی‌روبینمیه مستقیمه. پس یا دوبین جانسونه یا روتور.

پاسخ دوبین جانسون

علائم بیماری شامل زردی و گاهاً ضعف و خستگیه. در آزمایشات تمام تست‌های کبدی به غیر از بیلی‌روبین نرماله. افزایش بیلی‌روبین مستقیم در حدود بازه‌ی ۵-۲ و گاهی بالاتر است. در معاینه گاهی هپاتومگالی دارند.

با مصرف قرص‌های OCP و یا طی حاملگی ایکترشون تشدید میشه، چون OCP میتونه کلستاز ناشی از دارو بده.

در بررسی کوله سیستوگرافی در دوبین جانسون کیسه صفرا دیده نمی‌شود. این در حالیست که در روتور دیده می‌شود.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۷ بیماری با سابقه زردی متناوب در چشم که گاه‌به‌گاه اتفاق افتاده و خودبه‌خود بهبود می‌یافته مراجعه نموده است. با توجه به تست‌های زیر و محتمل‌ترین تشخیص، کدام گزینه صحیح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰ - کشوری)

Albumin: 4gr/dL (Nl: 3.9- 4.5gr/dL); Total protein: 6 gr/dL; ALT: 15; AST: 12 ; ALP: 270 (NL: 200-390) bili T: 6; bili D: 0.6

الف) این بیماری بیشتر در خانم‌ها دیده می‌شود.

ب) این بیماری، ناشایع بوده و شیوع کمتر از یک درصد دارد.

ج) استرس، بیماری و ناشتایی با بروز زردی ارتباط دارند.

د) معمولا بیلی‌روبین تا بیش از 10 mg/dl افزایش می‌یابد.

پاسخ از فصل قبل گفتیم، بیماری که با زردی میاد، باید به ترتیب به آنزیم‌های کبدی، سونوگرافی و بیلی‌روبین نگاه کنیم. اگر تمام آنزیم‌های کبدی نرمال و فقط بیلی‌روبین بالا بود، الگوی افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین داریم. از اینجا برحسب مستقیم یا غیر مستقیم بودن، دو مسیر داریم:

۱. اگر مستقیم بود (بیش از ۱۵ درصد از توتال): روتور و یا دوبین جانسون.

۲. اگر غیر مستقیم بود، به عدد بیلی‌روبین توتال نگاه می‌کنیم: اگر مثل اینجا، کم‌تر از ۶ و پایین بود باید به دو حالت فکر کنیم:

☝ اگر هموگلوبین نرمال بود و زردی گاه گاهی داشت، تشخیص ژیلبرت است. بیماری شایعی است و با استرس تشدید می‌شود. برگرد جواب ۴ رو بخون.

✌ اگر هموگلوبین پایین بود، تشخیص بیماری همولیتیک مثل کمبود G6PD است.

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ب	ج	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ اینجا هم افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین غیرمستقیم و بیلی‌روبین توتال کم‌تر از ۶ در کنار زردی متناوب ناشی از استرس امتحان داریم، پس تشخیص ژیلبرت است. اقدام تشخیصی لازم نیست، فقط توصیه به استراحت می‌کنیم.

۸ آقای جوان ۱۷ ساله‌ای، چند روز قبل از امتحانات آخر ترم، به علت نفخ و تهوع خفیف با آزمایشات زیر مراجعه کرده است.

ALT=18/ AST=16/ ALP=187/Bil T=3.3/ Bil D= 0.4

کدام گزینه در مورد ایشان را باید انتخاب نمایید؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰ - کشوری)

الف) برای ایشان سونوگرافی کبد درخواست می‌کنیم.

ب) به بیمار اطمینان خاطر می‌دهیم که بیماری کبدی مهمی ندارد.

ج) درمان ایشان را با داروی فنوباربیتال را شروع می‌کنیم.

د) به علت احتمال پیشرونده بودن بیماری، بیوپسی کبد را انجام می‌دهیم.

تراژدی این نیست که تنها باشی!

بلکه این است که : نتوانی تنها باشی!

گاهی آماده‌ام همه چیزم را بدهم تا هیچ پیوندی

با جهان انسان‌ها، نداشته باشم...!

آلبر کامو

سؤال	۸			
پاسخ	ب			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
هپاتیت‌های ویروسی	مهم	۷

همه‌ی ویروس‌های هپاتیت، RNA ویروس هستند به جز هپاتیت B که DNA ویروس است.

مراحل آلوده شدن توسط ویروس

۱. **incubation period** (دوره نهفتگی) ☜ به فاصله‌ی زمانی ورود ویروس به بدن و کبد تا زمان بروز علائم دوره‌ی نهفتگی گفته می‌شود. این دوره در هپاتیت B و D بیشتر از بقیه است. در این مدت ویروس به صورت مخفیانه در کبد زاد و ولد می‌کند.

۲. **فاز پرودرومال یا پره‌ایکتریک** ☜ در این فاز علائمی مثل سرماخوردگی و تب ایجاد میشه. تب در هپاتیت B و C خیلی نادره مگر اینکه هپاتیت B همراه با واکنش Serum Sickness like (درد مفصل، آرتریت، راش، آنژیوادم، هماچوری و غیره) باشه.

۳. **کلینیکال یا ایکتریک** ☜ در این مرحله علائم اصلی هپاتیت مثل زردی و درد ناحیه RUQ شکم و ادرار پُر رنگ و مدفوع کمرنگ ظاهر میشه. سطح AST،ALT تو این مرحله خیلی بالاست.

✍ علائم هپاتیت می‌تونه خفیف در حد سرماخوردگی یا شدید در حد هپاتیت فولمینانت با آسیت، ادم و انسفالوپاتی باشه که در این صورت اندیکاسیون بستری داره.

📖 همینجا یاد بگیر: افزایش آنزیم‌های کبدی، آلکالن فسفاتاز و تغییر لکوسیت‌ها نشانه‌ی شدت بیماری نیست. ولی افزایش بیلی‌روبین و PT، نشانه‌ی آسیب کبدی شدید است.

۴. **ریکاوری** ☜ علائم بیمار رو به بهبودی میره و ویروس از بدن پاک میشه مگر اینکه بیمار بدشانس باشه و هپاتیت مزمن ایجاد بشه؛ یعنی ویروس بیش از ۶ ماه تو بدن بمونه.

مزمن شدن هپاتیت‌ها

✋ کیا مزمن نمیشن ☜ هپاتیت A و E

✋ هپاتیت B ☜ اگر ایمنی فرد کامل باشه فقط ۲٪ احتمال مزمن شدن داره. اما در نوزادی که از مادرش هپاتیت B رو بگیره، احتمالش به ۸۵٪ میرسه ☜ چون ایمنی نوزاد موقع ابتلا نصفه و نیمه‌اس.

✋ هپاتیت C ☜ در ۸۵٪ موارد مزمن میشه. احتمال مزمن شدن کدوم هپاتیت در آدم بالغ بیشتره؟ همین سی!

✋ هپاتیت D ☜ به تنهایی نمی‌تونه مزمن بشه. فقط وقتی با هپاتیت B همراه بشه، می‌تونه مزمن بشه. اگر Co-Infection باشه ۲٪ و اگر Super-Infection ٪۸۰ احتمال مزمن شدن داره.

✍ اگر B و D همزمان باهم شروع شن ☜ Co-Infection

✍ اگر اول فرد هپاتیت B داشته باشه و بعداً D روش سوار بشه ☜ Super-Infection

① احتمال مزمن شدن کدام یک از هپاتیت‌های ویروسی در یک فرد بالغ بیشتر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

الف) A

ب) C

ج) B

د) E

سؤال	۱				
پاسخ	ب				

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

اپیدمیولوژی و شایع‌ترین راه‌های انتقال هپاتیت

پاسخ هپاتیت A ☜ Oral–Fecal، از طریق Perinatal (از مادر به نوزاد هنگام زایمان) امکان انتقال ندارد.

هپاتیت B ☜ پرکوتانئوس ✓، Sexual، Perinatal

هپاتیت D ☜ پرکوتانئوس، (شایع‌تر) ✓، Sexual، Perinatal

هپاتیت C ☜ پرکوتانئوس ✓ (شایع‌ترین راه انتقال هپاتیت C به ویژه در معتادان تزریقی)، Sexual، Perinatal

هپاتیت E ☜ فقط Oral–Fecal

✓ منظور از انتقال پرکوتانئوس، راه‌هایی مثل استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی، needle stick شدن با سوزن آلوده به ویروس، کاتترهای دیالیزی و... است که از طریق پوست فرد را آلوده می‌کند.

پاسخ هپاتیت از راه شیردهی منتقل نمیشه. شایع‌ترین راه انتقال هپاتیت از مادر به نوزاد در هنگام زایمان است (Perinatal). پس هپاتیت کنترااندیکاسیون شیردهی نیست!

هپاتیت A

پاسخ ویروس هپاتیت A دوره‌ی نهفتگی چهار هفته‌ای دارد. راه انتقال آن oral–fecal است. ویروس در اواخر دوره‌ی نهفتگی و اوایل فاز پرودرومال (پره‌ایکتریک)، در مدفوع دفع می‌شود؛ پس قابلیت انتقال و بیماری‌زایی دارد.

هپاتیت A در کی و کجا شایعه ☜ مهدکودک، مردان homosexual و همچنین افراد معتاد تزریقی.

تشخیص ☜ تست مخصوص هپاتیت IgM–Anti HAV،A هست که حداکثر ۶ تا ۱۲ ماه مثبت می‌مونه و بعدش در فاز ریکاوری، مارکر IgG–Anti HAV مثبت میشه که تا آخر عمر در خون مثبت میشه که به فرد ایمنی میده. پس هرکس فقط یک بار هپاتیت A می‌گیره، مگر در موارد عودکننده که خود به خود خوب میشه.

✍ اگر یادت باشه هپاتیت A و E هیچ وقت مزمن نمی‌شدن؛ پس مثبت شدن IgG–Anti HAV نشانه‌ی ازمان بیماری نیست، فقط به معنی ابتلای قبلی به هپاتیت A و بهبود در حال حاضر بیمار است.

عوارض هپاتیت A ☜ هپاتیت عودکننده (Relapsing) و هپاتیت کلستاتیک که هیچکدومش هم خطرناک نیست.

درمان هپاتیت A ☜ خودش خوب میشه و درمان خاصی لازم نیست. فقط حمایتی.

---

۲ کدام یک از ویروس‌های هپاتیت از راه Fecal-oral منتقل می‌شوند؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) HBV-HEV
ب) HBV-HCV
ج) HCV-HAV
د) HAV-HEV

۳ در کشورهای در حال توسعه بیش‌ترین راه انتقال عفونت هپاتیت B از مادر به فرزند، کدام یک از موارد زیر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) انتقال داخل رحمی
ب) انتقال حوالی زایمان
ج) شیردهی
د) انتقال جلدی

۴ آقای ۲۷ ساله با علائم ضعف و بی‌حالی و بی‌اشتهایی و درد مبهم در ناحیه RUQ مراجعه کرده است. بعد از دو هفته این علائم کاهش یافته و بیمار دچار ایکتر شده است. آزمایشات به قرار زیر است:

ALT=1260, AST=890, Alk-p=230, Bili.T= 16, Bili.D= 11, IgM anti-HAV=+ , HBsAg= -, HCVAB= -, HBcAb= -

کدام تشخیص مطرح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) هپاتیت حاد A
ب) هپاتیت حاد B
ج) هپاتیت حاد B و A
د) هپاتیت مزمن B

سؤال	۲	۳	۴
پاسخ	د	ب	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۵) یک دانشجوی پزشکی با سوزن آلوده به خون بیمار مبتلا به هپاتیت B دچار needle stick شده است. در صورتی که دچار هپاتیت B شود کدامیک از موارد ذیل زودتر افزایش می‌یابد؟ (پرەانترنی شهریور ۹۵ – قطبی)

الف) AST
ب) IgM Anti HBc Ab
ج) HBs A
د) total Bili

۶) آقای ۲۸ ساله که با شکایت تب، ضعف و میالژی از یک هفته قبل و ایکتر از دو روز قبل مراجعه کرده است. در آزمایشات انجام شده:

AST=400 ,ALT=560, AIK.P.=290, bili=1, HBS A g(-). HCV Ab(-), HBS Ab (-), HAV Ab(-)b

جهت تشخیص کدامیک از تست‌های زیر در این مرحله کمک‌کننده‌تر است؟ (پرەانترنی تیر ۹۷–میان‌دوره کشوری)

الف) سونوگرافی کبد
ب) چک anti HBC Ab IgG
ج) چک anti HBC Ab IgM
د) الکتروفورز پروتئین‌های سرم

۷) در عفونت HBV کسب شده در زمان تولد نسبت به عفونت HBV کسب شده در دوره‌ی بزرگسالی همه موارد زیر بیشتر اتفاق می‌افتد، بجز: (پرەانترنی شهریور ۹۴ – قطبی)

الف) هپاتیت حاد
ب) هپاتیت مزمن
ج) کارسینوم سلول کبدی
د) سیروز

پاسخ هپاتیت B حاد

اولین مارکری که مثبت می‌شود، HBs-Ag است. اگر HBs-Ag بیشتر از ۶ ماه مثبت باقی بماند، بیماری مزمن شده است.

چند هفته بعد از پاک شدن HBs-Ag از خون، HBs-Ab مثبت میشه و تا آخر عمر مثبت باقی میمونه. البته ممکنه سال‌ها بعد در آزمایش منفی بشه ولی همچنان Ab در بدن هست و به فرد مصونیت میده.

پاسخ به فاصله‌ی چند هفته‌ای منفی شدن HBs-Ag تا مثبت شدن HBs-Ab دوره‌ی پنجره (Window period) گفته می‌شود که تنها مارکری که در دوره‌ی پنجره در خون حضور دارد HBc-Ab از نوع IgM است.

شدت آسیب کبدی با میزان HBs-Ag رابطه‌ی عکس داره؛ در آسیب‌های خیلی شدید کبدی میزان HBs-Ag بسیار پایینه و حتی ممکنه منفی بشه!

در فاز ریکاوری دو مارکر HBs-Ab و HBc-Ab نوع IgG مثبت است.

واکسن هپاتیت B حاوی HBs-Ag است و باعث مثبت شدن HBs-Ab می‌شود.

✍ HBc-Ag هرگز وارد خون نمیشه و از هپاتوسیت بیرون نمی‌ریزه. پس اگر یک وقت تو درخواست آزمایشات خون، HBc-Ag نوشتی منتظر باش یکی دو نفر بی‌سواد صدات کنن 😎

پاسخ ✍ مادر بارداری که مبتلا به هپاتیت B و HBs-Ag مثبت باشه درصورتی که HBe-Ag مثبت هم داشته باشه به احتمال ۹۰٪ به نوزادش منتقل میکنه. اگر HBe-Ag منفی باشه احتمال انتقال به 👶 کمتره ولی همچنان وجود داره. این نوزادان ناقل بدون علامتند که در آن‌ها احتمال ۳ عارضه‌ی مهم هپاتیت به شدت بالا میره:

☝ هپاتیت مزمن
✌ فیبروز و سیروز کبدی
👌 هپاتوسلولار کارسینوما

هپاتیت B مزمن

گفتیم وقتی HBs-Ag بعد از ۶ ماه همچنان مثبت بمونه، بیماری مزمن شده. در افرادی که هپاتیت B حاد تبدیل به مزمن بشه، ریسک سیروز و هپاتوسلولار کارسینوما بالا میره.

در فاز مزمن هپاتیت بی ممکن است بیماری خاموش یا فعال باشه. فعال بودن بیماری بر حسب تکثیر شدن ویروس است. پس هپاتیت بی مزمن دو فاز replicative (فعال) و non-replicative (خاموش) دارد که توی جدول صفحه‌ی مقابل مقایسه می‌کنیم.

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ج	ج	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

فاز هپاتیت B مزمن	مارکرها
فاز replicative	HBs-Ag مثبت HBc-Ab نوع IgG مثبت (نشانه‌ی مزمن بودن بیماری) HBe-Ag مثبت (نشانه‌ی تکثیر ویروس) HBe-Ab منفی
فاز non-replicative	HBs-Ag مثبت HBc-Ab نوع IgG مثبت (نشانه‌ی مزمن بودن بیماری) HBe-Ag منفی (نشانه‌ی عدم تکثیر ویروس) HBe-Ab مثبت

✍ HBe-Ag مارکر نشان‌دهنده‌ی تکثیر ویروس است که در فاز حاد هم مثبت می‌شود و مختص فاز مزمن نیست.

✍ همیشه برای تشخیص حاد یا مزمن بودن هپاتیت B از روی HBc-Ab قضاوت می‌کنیم:

هپاتیت B حاد ☜ HBc-Ab-IgM

هپاتیت B مزمن ☜ HBc-Ab-IgG

پنج حالت شایع سؤالات هپاتیت B رو با هم دوره کنیم:

مارکرهای ویروسی	تشخیص
HBs-Ag + / HBc-Ab-IgM + / HBe-Ag +	هپاتیت حاد B
HBs-Ag + / HBs-Ab - / HBc-Ab-IgG +	هپاتیت مزمن B
فقط HBs-Ab +	۱- واکسن زده ۲- ابتلای قبلی و بهبود کامل ۳- مثبت کاذب!
فقط HBc-Ab-IgM +	☝ دوره ی پنجره ✌ هپاتیت B حاد شدید ✍چون گفتیم در موارد شدید HBs-Ag میتونه منفی بشه، الان این مریض میتونه هپاتیت حاد خیلی شدید داشته باشه.
هم HBs-Ab + / هم HBc-Ab-IgG +	فاز ریکاوری

۸ آقای ۳۹ ساله پرسنل آزمایشگاه، با آزمایشات زیر مراجعه کرده است:

HBSAg=(-), HBs Ab=100 (Normal>10),

HBc Ab IgG=(+), HBeAg=(-), HBe Ab =(+)

کدامیک از تشخیص‌های زیر مطرح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطبی)

الف) بهبود یافته از هپاتیت B

ب) ایمنی پس از واکسیناسیون هپاتیت B

ج) هپاتیت B ناقل مزمن

د) هپاتیت B حاد

سؤال	۸
پاسخ	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۹ کدامیک از آزمایشات زیر در افتراق بیمار با سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و بیمار با سابقه ابتلای قبلی به هپاتیت B کمک‌کننده‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) HBe Ag

ب) HBe Ab

ج) HBc Ab

د) HBs Ab

پاسخ: یه جمع‌بندی کنیم؛ ویروس هپاتیت کامل با خودش HBs-Ag، HBc-Ab (در فاز حاد IgM و در فاز مزمن IgG) و HBe-Ag داره، پس می‌تونه Ab هر کدوم رو هم تولید کنه. پس فرق واکسیناسیون با بهبودی کامل و ریکاوری چیه؟

☝ در هپاتیتی که خوب شده یا همون فاز ریکاوری فقط Hbs-Ab و HBc-Ab از نوع مزمن یعنی IgG می‌بینیم.

✌ واکسن هپاتیت فقط HBs-Ag داره ☜ در نتیجه تو خون HBs-Ab می‌بینیم. پس تفاوت واکسن و ریکاوری تو HBc-Ab است.

هپاتیت C

ویروس هپاتیت C پس از ورود به بدن ساب‌تایپ‌های متفاوتی می‌سازد که بدن فقط علیه یکی از آن‌ها HCV-Ab تولید می‌کند؛ به همین دلیل برای هپاتیت C واکسن نداریم.

هپاتیت C در ۸۵ تا ۹۰ درصد موارد مزمن می‌شود که در این حالت گاهی حتی HCV-Ab هم پاک می‌شود.

در کل HCV-Ab مارکر خوبی برای تشخیص هپاتیت C نیست. چرا؟

☝ دیر مثبت میشه.

✌ مثبت کاذب داره. مثلاً در مواردی که RF (روماتوئید فاکتور) مثبت باشه یا بیمار سابقه‌ی تزریق خون داشته باشه مثبت کاذب داریم.

۱۰ خانم ۲۸ ساله‌ای جهت بررسی آزمایشات مربوط به نازایی مراجعه کرده است. HCV Ab وی مثبت گزارش شده است. بیمار سابقه ایکتر و بیماری کبدی را ذکر نمی‌کند. آزمایشات به شرح ذیل است:

ALT= 30u/l , AST= 28u/l , Alk-P= 190u/l

Bili T= 1.3mg/dl , Bili D = 0.5mg/dl

اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطبی)

الف) بیوپسی کبد

ب) تکرار آزمایش سرولوژیک

ج) بررسی ژنوتیپ ویروس

د) HCV-RNA

پاسخ: پس در صورت مثبت شدن تست HCV-Ab باید حتماً تست RIBA و یا HCV-RNA درخواست شود که صحت تشخیص هپاتیت C را اثبات کند.

حساس‌ترین و دقیق‌ترین روش (Gold standard) برای تشخیص هپاتیت C، HCV-RNA است که چند روز پس از تماس با ویروس مثبت می‌شود. دو مزیت خیلی مهم داره:

۱. جوابش زود حاضر میشه.

۲. در افراد ایمونوساپرس مثل ایدز که آنتی‌بادی تولید نمی‌کنن هم می‌تونه هپاتیت C رو تشخیص بده.

غربالگری هپاتیت C در افراد پرخطر مثل معتادان تزریقی با اندازه‌گیری HCV Anti-body انجام میشه.

پیشگیری هپاتیت C ☜ ایمونوگلوبولین (IG) نقشی در پیشگیری از هپاتیت C نـدارد و پس از تماس اتفاقی، تجویز آن توصیه نـمی‌شود. واکسن هم که نداشت.

سؤال	۹	۱۰
پاسخ	ج	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

هپاتیت D

ویروس هپاتیت D برای اینکه به کبد صدمه بزند حتما باید با هپاتیت B همراه بشه. قبلاً هم گفتیم که دو حالت داره:

پاسخ ☝ **Co-Infection:** فرد همزمان به هپاتیت B و D مبتلا می‌شود. این حالت مرگ و میر را افزایش نمی‌دهد مگر در معتادان تزریقی.

مارکرهای آزمایشگاهی مثبت در Co-Infection:

HDV-Ab / HBc-Ab-IgM / HBs-Ag

✌ **Super-Infection:** در این حالت فرد هپاتیت B مزمن داشته که D روش سوار میشه در نتیجه وضع بیمار بدتر میشه و هپاتیت D هم مزمن میشه. در سوپر اینفکشن خطر هپاتیت فولمینانت و مرگ خیلی بالا میره.

مارکرهای آزمایشگاهی مثبت در Super-Infection :

HBs-Ag / HBc-Ab-IgG / HDV-Ab.

جدول زیر رو ببین.

نحوه ابتلا	داده‌های آزمایشگاهی مثبت
Co-Infection	HBsAg – HBc Ab IgM – HDV Ab
Super-Infection	HBsAg – HBc Ab IgG – HDV Ab

(۱۱) در بیماری با علائم هپاتیت حاد که در بررسی‌های اولیه به عمل آمده HBSAg+ و Anti HDV+ دارد، کدام آزمایش زیر به تعیین ارتباط این دو عفونت کمک می‌کند؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطبی)

الف) HBeAg
ب) Anti HBe
ج) IgM Anti HBC
د) HDV PCR

پاسخ ✍ یه مریضی با علائم زردی، درد RUQ شکم، تهوع و استفراغ اومده. تو آزمایشات هم آنزیم‌های کبدی افزایش یافته داره. انشالله که به هپاتیت شک کردی. براش چه آزمایشاتی درخواست می‌کنی؟

☝ ۴ مارکر اصلی هپاتیت ویروسی ☜ HBs-Ag / HBc-Ab-IgM / HCV-Ab / HAV-Ab-IgM

✌ سطح ادراری استامینوفن

👌 میزان سرولوپلاسمین خون

(۱۲) آقای ۳۸ ساله با ایکتر از سه روز قبل با ALT: 1000, AST: 800 مراجعه کرده است. همه تست‌های تشخیصی زیر در اولین برخورد توصیه می‌شود، به‌جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) HBSAg
ب) HCVAb
ج) HAVAb (IgM)
د) HBeAg

پیشگیری هپاتیت‌ها

پیشگیری هپاتیت A

در تماس‌های اتفاقی مثلاً درون اداره، مدرسه یا بیمارستان نیازی به پیشگیری نیست. همینطور بیماران سنین بالا و کسانی که واکسن هپاتیت A زدن پیشگیری نمیخوان.

سؤال	۱۱	۱۲
پاسخ	ج	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

به کیا باید ایمونوگلوبولین بدیم؟

در افرادی که در معرض قرار گرفته‌اند.

در افرادی که در تماس نزدیک و صمیمی با فرد مبتلا هستند مثلاً درون خانواده، مؤسسات مثل مهدکودک‌ها یا تماس جنسی با این افراد.

پیشگیری هپاتیت B

پیشگیری از هپاتیت B، دو جز دارد:

شناسایی مبتلایان از میان افراد پرخطر

در شرایط پرخطر زیر، باید سالانه HBsAb را چک کنیم:

۱. مادر باردار

۲. نوزاد متولد از مادر HBs آنتی‌ژن مثبت

۳. همودیالیز

۴. درمان‌های سرکوب‌گر ایمنی یا سیتوتوکسیک

۵. مبتلایان به ایدز و هپاتیت C

۶. افزایش آنزیم‌های کبدی و AlkP

۷. اهداکنندگان عضو، خون و منی

۸. مناطق با ابتلای بالا

۹. افراد با احتمال بالای نیاز به پروفیلاکسی بعد تماس

۱۰. رابطه‌ی جنسی پرخطر مثل، چند پارتنری، رابطه با فرد مبتلا به عفونت جنسی و هپاتیت، رابطه‌ی مرد با مرد

تجویز ایمونوگلوبولین و یا واکسن

به کیا باید واکسن و ایمونوگلوبولین رو با هم بدیم؟ افرادی که دو شرط زیر رو باهم داشته باشن.

تمامی افرادی که با ترشحات افراد HBs-Ag مثبت از طریق تلقیح پوستی یا مخاطی، نیدِل استیک شدن یا بلع مواد تماس داشته‌اند.

قبلاً واکسن هپاتیت نزده باشه یا یادش نیاد زده یا نه.

این افراد چجوری باید واکسن و ایمونوگلوبولین رو بگیرن؟

باید یک دوز ایمونوگلوبولین (HBIG) عضلانی به مقدار ۰٫۰۶ml/kg بلافاصله بعد از تماس و سپس دوره‌ی کامل واکسیناسیون سه دوزی را با شروع در هفته‌ی اول انجام دریافت کنند.

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ حالا اگر پرستاری با شکایت نیدل استیک شدن بیاد، به ترتیب چیکار می‌کنی؟

سابقه‌ی واکسن هیپاتیت رو می‌پرسی:

اگر زده بود ☜ تیتر HBS Ab رو چک می‌کنی. که اگر زیر ۱۰ بود فقط براش دوز بوستر رو میزنی ولی اگر بالای ۱۰ بود می‌فرستیش بره خونه!

اگر نزده بود یا یادش نبود ☜ طبق بالا هم ایمونوگلوبولین و هم سه دوز کامل واکسن رو بهش میزنی.

✍ در صورت تماس جنسی با فرد مبتلا به هپاتیت B حاد باید دوز منفرد ایمونوگلوبولین (HBIG) را در مدت ۱۴ روز اول بعد از تماس به همراه واکسن دریافت کند.

✍ واکسن و HBIG را می‌توان همزمان و در دو محل مختلف تزریق کرد.

پاسخ ✍ تزریق واکسن در بارداری مشکلی ایجاد نـمی‌کند. اولین اقدام در نوزادی که از مادر HBs-Ag مثبت متولد شده تزریق بلافاصله‌ی HBIG و شروع واکسیناسیون سه دوزی در عرض ۱۲ ساعت می‌باشد.

✍ واکسن هپاتیت B به افراد در معرض خطر از هپاتیت D هم پیشگیری می‌کند.

درمان هپاتیت‌ها

پاسخ در هپاتیت حاد B درمانی نیاز نیست فقط بیمار رو پیگیری می‌کنیم. ولی اگر شدید بود ☜ قرص ضد ویروس لامی‌وودین تجویز می‌کنیم. HBV-DNA معیار حساسی برای تکثیر ویروس است به همین دلیل برای تعیین درمان ضد ویروسی بسیار کمک‌کننده است و انجام آن قبل از شروع دارو توصیه می‌شود.

در هپاتیت C، اگر مریض خوش شانس باشه، بهبودی خود به‌خودی ایجاد میشه؛ به همین دلیل قبلا درمان ضدویروسی رو عقب مینداختن ولی الان و با ظهور دارو های جدید منتظر مزمن شدن هپاتیت C نمی‌مونیم و درمان رو شروع می‌کنیم. استراحت و رژیم پرکالری هم برای این بیماران توصیه میشه.

اندیکاسیون‌های بستری ☜ PT طولانی، آلبومین سرم پایین، بیلی‌روبین بسیار بالا، هایپوگلیسمی.

اندیکاسیون‌های ایزوله کردن بیمار ☜ بیمار مبتلا به هپاتیت A یا E دچار بی‌اختیاری مدفوع و یـا بیمار مبتلا به هپاتیت B یا C دچار خون‌ریزی شدید و کنترل نشده.

پاسخ هپاتیت برق‌آسا یا فولمینانت

✍ ترسناک‌ترین عارضه‌ی هپاتیت ویروسی، هپاتیت فولمینانت (برق‌آسا) است که سبب نکروز گسترده کبدی شده و عمدتاً در هپاتیت B و D و E دیده می‌شود. اولین علامت بیمار معمولاً انسفالوپاتی زودرس، کمای عمیق، تغییر الگوی خواب و در کل تغییر هوشیاری است؛ پس این ویژگی، نگران‌کننده‌ترین یافته در یک فرد مبتلا به هپاتیت حاد است. در

---

۱۳ خانم ۲۲ ساله که در آزمایشگاه کار می‌کند با فرد مبتلا به هپاتیت ب، needle stick شده است. سابقه‌ی واکسیناسیون ندارد.کدام اقدام را توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی تیر ۹۷ – میان‌دوره کشوری)

الف) واکسیناسیون هپاتیت B
ب) تنوفوویر به مدت ۲۸ روز
ج) واکسیناسیون هپاتیت B به همراه HBIG
د) HBIG

۱۴ به جهت پیشگیری از انتقال ویروس هپاتیت B از مادر باردار ناقل ویروس به نوزاد کدام توصیه کامل‌تر و صحیح‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ – قطبی)

الف) تزریق ایمونوگلوبولین انسانی در روز تولد به نوزاد
ب) تزریق واکسن هپاتیت B در روز تولد به نوزاد
ج) تزریق واکسن هپاتیت B و HBIG در روز تولد به نوزاد
د) تزریق HBIG در روز تولد به نوزاد

۱۵ خانم ۴۲ ساله با تهوع و استفراغ و بی اشتهایی از دو هفته قبل مراجعه کرده است. از روز گذشته علائم بیمار کاهش پیدا کرده است ولی اسکلرا ایکتریک است. در آزمایشات، HBcAb IgM+, HBsAg- INR=1, Bil-T=5.5mg/dl, ALK=339U/L , ALT=58U/L.
بهترین اقدام کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ – قطبی)

الف) رژیم پرکالری و محدودیت فعالیت فیزیکی
ب) درمان با گلوکورتیکوئیدها
ج) درمان ضد ویروسی
د) تجویز لاکتولوز

۱۶ پسر ۲۹ ساله‌ای با سابقه‌ی ایکتر از هفته قبل به اورژانس مراجعه می‌کند. در بررسی آزمایشگاهی INR=2.5 و افزایش آنزیم‌های کبدی دارد. از روز گذشته نیز مختصر کنفوزیون پیدا کرده است. اولین علامت برای تشخیص نارسایی حاد کبدی در وی کدام است؟ (پره انترنی آذر ۹۸– میان‌دوره کشوری)

الف) ایکتر
ب) INR بیش از ۱،۵ برابر
ج) آنسفالوپاتی
د) آنزیم‌های کبدی بیش از ۱۰۰ برابر

سؤال	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
پاسخ	ج	ج	الف	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

هپاتیت فولمینانت، کبد معمولاً کوچک شده و PT بیش از حد طولانی می‌شود. پس هر وقت بیماری مبتلا به هپاتیت حاد یا مزمن دیدی که ناگهان دچار تغییر سطح هوشیاری، خواب‌آلودگی و افزایش شدید بیلی‌روبین در کنار PT شد، به هپاتیت فولمینانت فکر کن.

هاریسون در مورد کنترل هپاتیت برق‌آسا سه نکته میگه:

۱. درمان این عارضه حمایتی است. برای بیمار محدودیت پروتئین و لاکتولوز خوراکی تجویز کن.

۲. تنها عامل افزایش بقای بیمار، تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک هم‌زمان با بستری در ICU است.

۳. پیوند کبد به موقع و ارتوتوپیک (پیوند کبد کامل)، بهترین نتایج را در کنترل این عارضه دارد، ولی به شرطی که بیمار به درمان‌های دیگر پاسخ ندهد و اندیکاسیون پیوند داشته باشد.

۱۷ کدام وضعیت بالینی از نظر ابتلا به هپاتیت B کمتر با یافته‌های زیر مطابقت دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- کشوری)

HBsAg منفی، Anti-HBs مثبت، Anti-HBc منفی، HBeAg منفی، Anti-HBe منفی

الف) Immunization with HBsAg (after vaccination)

ب) Hepatitis B in the remote past

ج) False-positive result

د) Low-level hepatitis B carrier

بریم سراغ سوال‌های جدید

پاسخ در هپاتیت B وقتی همه‌ی مارکرها منفی و فقط HBsAb مثبت باشد، سه تشخیص افتراقی داریم؛ گزینه‌های الف تا جیم رو یاد بگیر. اما در الگوی ناقل low-level یا ضعیف هپاتیت B همه‌ی مارکرها منفی است، به جز آنتی HBc از نوع IgG و گاهاً آنتی HBe. این الگو را علاوه بر ناقل ضعیف، در «ابتلای قبلی و بهبودی کامل» هم گاهی می‌بینیم.

با این توضیحات برو جدول داده‌های آزمایشگاهی هپاتیت رو مرور کن.

ایستگاه دستیاری

D1 افزایش کدامیک از شاخص‌های زیر، در بیمار مبتلا به هپاتیت حاد ویروسی با شدت بیشتر آسیب کبدی و پروگنوز بدتر همراه است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) ترانس آمینازها

ب) بیلی‌روبین

ج) آلکالین فسفاتاز

د) لکوسیت‌ها

پاسخ از میان تمام تغییرات آزمایشگاهی، فقط افزایش بیلی‌روبین و PT طولانی به نفع آسیب کبدی شدید است.

سؤال	۱۷	D1		
پاسخ	د	ب		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

انتشار توسط کانال تلگرامی مدیکا

@MEDICA_CHANNEL

Medica
Free Medical Books

Medica
Free Medical Books

تنها کانال منتشرکننده‌ی فایل‌های جدید استاجری، پره‌اینترنی و دستیاری

برای مشاهده‌ی سایر فایل‌ها، به کانال ما سر بزنید!

- ویرایش جدید اطفال پیرحاجی شامل نسخه چاپی، درسنامه کتابخانه دیجیتال، تست‌ها و ویس کامل
- مجموعه‌های اینسایت زنان، تغذیه، ایمونولو
- ژی، آمار و اپیدمیولوژی
- پکیج کامل ژلوفن‌های ویرایش جدید شامل دروس ماژور، مینور، شناورها
- پکیج کامل ضروریات پره‌اینترنی
- پکیج کامل کیوبی‌های ویرایش جدید با بالاترین کیفیت
- نسخه‌ی حرفه‌ای کتاب صلاحیت بالینی دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- نسخه حرفه‌ای کتاب پزشک طرح دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- پکیج کامل کتاب‌های پره‌پاس
- پکیج کامل کتاب‌های تورق سریع گروه مشاوره رادیولوژی تهران
- پکیج کامل مرور سریع‌های ماهان
- پکیج کامل گام آخرهای ماهان
- پاتولوژی لاموما
- عفونی اینفکتوما
- پکیج کامل کیو ای‌های پره‌اینترنی و دستیاری
- مرور جادویی ۷ درس داخلی ماهان
- و صدها فایل دیگه که جایی پیدا نمی‌کنین...

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سیروز کبدی و عوارض آن	مهم	۵

سیروز کبدی به علل مختلفی مثل سوء مصرف الکل، هپاتیت C، کبد چرب غیرالکلی و علل کمتر شایع شامل نارسایی قلب راست، پریکاردیت فشارنده، سندرم بودکیاری، هموکروماتوز، ویلسون و... ایجاد میشه.

پاسخ در سیروز سه مورد زیر علائم بیماری را توجیه می‌کنند:

☝ **اختلال فعالیت هپاتوسلولار:** هیپوآلبومینمی، افزایش بیلی‌روبین و آنزیم‌های کبدی و...

✌ **هپاتوسلولار کارسینوما**

پورتال هایپرتنشن: ایجاد آسیت، سندرم هپاتوپولمونری و انسفالوپاتی کبدی.

✍ دو عارضه‌ی مهم آسیت، پریتونیت باکتریال خودبخودی و سندرم هپاتورنال است.

افزایش فشار در ورید پورت (Portal HTN) باعث برگشتن این فشار بالای خون به ارگان‌ها و عوارض زیر می‌شود:

۱. اسپلنومگالی ☜ به دنبالش ترومبوسیتوپنی و پان سیتوپنی داریم.

۲. واریس مری ☜ مهم‌ترین علت خون‌ریزی گوارشی شدید در بیماران سیروتیک است. خون‌ریزی گوارشی شایع‌ترین علت انسفالوپاتی کبدی می‌باشد.

۳. آسیت

علائم بالینی سیروز

۱. خستگی، بی‌حالی، افزایش دور شکم و احساس ناراحتی در شکم

۲. زردی به علت افزایش بیلی‌روبین، اختلالات انعقادی به علت کاهش ساخت فاکتورهای انعقادی و هایپوآلبومینمی

۳. بزرگ، فیبروتیک و سنگی شدن قوام کبد، افزایش فشار ورید پورت

۴. نهایتاً بروز هپاتوسلولار کارسینوما

عوارض سیروز کبدی

۱– واریس مری

گرادیان فشار ورید پورت در حالت عادی بین ۱ تا ۵ میلی‌متر جیوه است. در پورتال هایپرتنشن این گرادیان فشار بالاتر از ۵ است و اگر به بالای ۱۲ برسد، بیمار به شدت در معرض خطر پارگی واریس‌های مری قرار می‌گیرد که مرگ و میر بسیار بالایی حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد دارد.

۱ تمام گزینه‌های زیر جزء عوارض ماژور سیروز به دلیل Hepatocellular dysfunction است، بجز؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) ایکتر

ب) کوآگولوپاتی

ج) خون‌ریزی واریس مری

د) هیپوآلبومینمی

سؤال	۱
پاسخ	ج

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۲ بیمار آقای ۵۲ ساله است که در زمینه‌ی هپاتیت B دچار سیروز کبدی شده‌است.آسیت نداشته، هوشیاری کاملا خوب است. در آندوسکوپی واریس مری و معده ندارد. از شما درباره‌ی تکرار آندوسکوپی‌های بعدی جهت جستجوی واریس سوال می‌کند. نظر درست چیست؟ (اصلاحیه از پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- کشوری)

الف) آندوسکوپی سالانه لازم نیست، مگر در صورت وجود واریس.
ب) آندوسکوپی هر یک تا دو سال تکرار شود
ج) آندوسکوپی هر دو تا سه سال تکرار شود
د) آندوسکوپی هر پنج سال تکرار شود

پاسخ کنترل واریس مری

کنترل واریس مری سه جزء دارد: پیشگیری از خونریزی اولیه (پروفیلاکسی اولیه)، کنترل خونریزی حاد واریس، پیشگیری از خونریزی مجدد یا عود (پروفیلاکسی ثانویه).

۱- پروفیلاکسی اولیه

در واریس‌های بزرگ باید با اقدامات پیشگیرانه، مانع خونریزی اولیه شویم. پس برای پروفیلاکسی اولیه دو ابزار داریم، که باید یکی از آن‌ها را انتخاب کنیم:

☝ بتابلاکر غیرانتخابی مثل پروپرانولول و یا نادالول، انتخاب ارجح در واریس‌های بزرگ است.

✌ باند لیگاسیون و بستن واریس در صورتی که بیمار ممنوعیت مصرف یا عدم تحمل بتابلاکر داشته باشد.

🖐 غربالگری با اندوسکوپی از اقدامات پیشگیرانه در سیروز واریس مری خارج شده. فقط در صورتی اندوسکوپی پیشگیرانه می‌کنیم، که قصد باند لیگاسیون به عنوان پروفیلاکسی داشته باشیم.

۳ آقای ۴۰ ساله‌ای که با سیروز کبدی ناشی از الکل، دچار خونریزی حاد گوارشی شده است، به اورژانس آورده می‌شود. در بررسی‌های به عمل آمده واریس‌های خونریزی دهنده مری اثبات شده است. در کنترل خونریزی حاد این بیمار تمام اقدامات زیر موثر هستند، به جز: (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطبی)

الف) اکترئوتاید وریدی
ب) سوماتواستاتین وریدی
ج) پروپرانولول وریدی
د) باند لیگاسیون با آندوسکوپ

پاسخ ۲- کنترل خونریزی حاد واریس

وقتی کار از کار می‌گذره و بیمار با خون‌ریزی به دنبال ترکیدن واریس مری میاد، چند کار به صورت اورژانسی باید انجام بشه:

۱. اول از همه پایدار کردن وضعیت همودینامیک بیمار: در صورت نیاز تزریق خون رو هم در صورت افت هموگلوبین به کم‌تر از ۷ تا ۸ در نظر می‌گیریم.

۲. تجویز داروی وازواکتیو (آنالوگ سوماتواستاتین) مثل اکترئوتاید به مدت ۲ تا ۵ روز.

۳. انجام اندوسکوپی اورژانس طی ۱۲ ساعت

۴. انجام اقدامات درمانی نظیر Band Ligation (ارجح) یا اسکلروتراپی

۵. تجویز آنتی‌بیوتیک وریدی: مثل سفتریاکسون؛ چون باعث کاهش عفونت باکتریال، خونریزی مجدد و مرگ میشه.

۶. کارگذاری TIPS یا شانت پورتوسیستمیک طی ۷۲ ساعت: در بیماران کبدی پیشرفته (کلاس B و C طبقه‌بندی child pugh). چون مورتالیتی رو کم می‌کنه.

سؤال	۲	۳			
پاسخ	الف	ج			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۳– پروفیلاکسی ثانویه

برای پیشگیری از عود مجدد خون‌ریزی واریس مری باید بر عکس نوع اولیه، از ترکیب دو اقدام زیر استفاده کنیم:

- تجویز بتابلوکرهای غیرانتخابی
- باند لیگاسیون

۲– آسیت

عارضه‌ی بعدی سیروز، آسیت است. آسیت علل متنوعی دارد از سیروز تا (شایع‌ترین علت) نارسایی قلب راست، پریکاردیت فشارنده، سل صفاقی و.....

تشخیص علت آسیت

برای تشخیص علت آسیت، از شرح حال، معاینه‌ی فیزیکی و شاخصی به نام SAAG استفاده می‌کنیم.

شاخص SAAG یا Serum Ascite Albumin Gradian به صورت زیر محاسبه می‌شود:

آلبومین مایع آسیت – آلبومین سرم= SAAG

که به توجه به این‌که حاصل این معادله، کمتر از ۱,۱ یا بیشتر از ۱,۱ باشه، به ترتیب آسیت رو به low SAAG و high SAAG تقسیم می‌کنیم که باید تشخیص افتراقیاش رو کامل بلد باشی.

SAAG	تشخیص افتراقی‌ها
High SAAG بیشتر از ۱,۱	نشان دهنده‌ی پورتال هایپرتنشن است. علت☜ سیروز، ترومبوز ورید پورت (مصرف OCP)، احتقان مزمن کبد ناشی از نارسایی قلب راست یا سندرم بودکیاری یا پریکاردیت کانستریکتیو، متاستازهای گسترده به کبد، میکس‌اِدم، آسیت مختلط.
Low SAAG کمتر از ۱,۱	پریتونیت کارسینوماتوز، پریتونیت سلی، بیماری‌های پانکراس و سیستم صفراوی، سندرم نفروتیک

۴ آنالیز مایع آسیت خانم ۵۹ ساله‌ای بدین شرح است:
WBC=1700, lymph= %90, Alb 4.5 ,Protein=5.5
آلبومین آزمایش خون همزمان= ۴ است. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸– قطبی)

الف) سندرم بودکیاری
ب) میگزادم
ج) متاستاز وسیع کبدی
د) پریتونیت ناشی از سل

سؤال	۴
پاسخ	د

پاسخ: البته همه‌ی این موارد منطقی هستند مثلاً در سندرم نفروتیک، به علت پروتئینوری میزان آلبومین سرم کم میشه. حاصل معادله‌ی SAAG کمتر از ۱,۱ میشه. در مورد این خانم ۵۹ ساله که با آسیت اومده هم اول SAAG رو حساب می‌کنیم.

SAAG =4-4.5= 0.5

پس چون سَگش کم‌تر از ۱,۱ دراومد میریم سراغ تشخیص افتراقی‌های Low SAAG مثل پریتونیت ناشی از سل.

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۵ خانم ۵۸ ساله با سابقه دیابت و سیروز کبدی ناشی از NASH به علت آسیت و ادم اندام‌های تحتانی بستری می‌شود. جواب پاراسنتز مایع آسیت و آزمایشات و سونوگرافی به شرح زیر است:

AST=67, ALT=46, ALP=260, Na=136, K=4.5, HB=11.2, Plt=98000, Albumin=3.5, BUN=9, Cr=0.6, Acities: (Albumin=1.2, Pr=2.2, Cell count=0, Smear and culture=Negative)

سونوگرافی شکم: کبد سیروتیک و اسپلنومگالی و مایع آسیت هنگام ترخیص توصیه همه موارد زیر صحیح است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۹- کشوری)

الف) قرص اسپیرونولاکتون

ب) قرص فورسماید

ج) محدودیت مایعات

د) محدودیت نمک

پاسخ برخورد با آسیت و درمان آن

در برخورد با بیماری که با آسیت اومده اولین کار چیه؟

سوزن زدن به آسیت و انجام پاراسنتز مایع آسیت: این مایع رو برای بررسی پروتئین و آلبومین، سلول‌های خونی، کشت و در موارد مناسب آمیلاز و سیتولوژی به آزمایشگاه می‌فرستیم.

درمان آسیت شامل چندتا نکته‌ی ساده است

☝ محدودیت نمک و مایعات: نمک رو به میزان کمتر از ۲ گرم در روز برسون. همینطور محدودیت آب رو فقط در صورتی بده که سدیم بیمار کم‌تر از ۱۲۵ باشه. پس در این بیمار آب رو محدود نمی‌کنیم.

✌ تجویز دیورتیک: اسپیرونولاکتون بهترین انتخابه ولی چون آنتاگونیست آلدوسترونه و هایپرکالمی باید در کنارش یک Loop Diuretic مثل فورزماید هم تجویز کنیم که با ایجاد هایپوکالمی، میزان پتاسیم رو به تعادل برسونیم.

این دو مورد اساس درمان آسیت است، ولی اگر به هر دلیلی به درمان پاسخ نداد و آسیت مقاوم به درمان بود، یعنی علی‌رغم تجویز بالاترین دوز دیورتیک‌ها (فورزماید ۱۶۰ یعنی ۴ تا قرص ۴۰ و اسپیرونولاکتون ۴۰۰ یعنی ۴ تا قرص ۱۰۰) بازم آسیت داشتیم، یا اگر به خاطر عوارض (مثلاً الکترولیتی) مجبور به قطع دیورتیک بشیم، دو راه برای درمانش داریم:

۱. پاراسنتز مداوم آسیت همزمان با تجویز آلبومین

۲. گذاشتن TIPS یا شانت جراحی برای بیمار

۶ آقای ۵۰ ساله دچار سیروز کبدی ناشی از ویروس هپاتیت B به علت درد شکم مراجعه کرده است. در معاینه T=40°c اسکلرای ایکتریک و در شکم آسیت فراوان و تندرنس دارد. جهت تشخیص قطعی چه اقدام انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطبی)

الف) بررسی سلولی مایع آسیت

ب) کشت مایع آسیت

ج) اندازه‌گیری آلبومین مایع آسیت

د) اندازه‌گیری پروتئین مایع آسیت

پاسخ ۳- پریتونیت باکتریال خودبخودی

عارضه‌ی سوم سیروز و یکی از عوارض آسیت، پریتونیت باکتریال خودبخودی یا SBP (Spontaneus Bacterial Peritonistis) است.

هر بیمار مبتلا به آسیتی که با حال بد، تب، درد شکم، زردی، افزایش WBC، اختلال عملکرد کلیوی و یا کاهش سطح هوشیاری (انسفالوپاتی کبدی) اومد، اول از همه به SBP شک کن. چون خود آسیت یه محل مناسبی برای لونه‌سازی باکتری‌هاست!

قدم اول در رد یا تأیید SBP باز هم پاراسنتز و کشت از مایع آسیت است. بررسی مایع آسیت به خصوص از نظر WBC و PMN خیـــلی در تشخیص نوع پریتونیت مهم است.

در بیمار مبتلا به SBP موارد زیر را داریم:

- نتیجه شمارش سلول‌های مایع آسیت ☜ PMN بیشتر یا مساوی ۲۵۰ تا در هر cc مایع آسیت
- نتیجه‌ی کشت مایع آسیت ☜ مونوارگانیسم؛ یعنی یک نوع باکتری رشد می‌کند.

سؤال	۵	۶			
پاسخ	ج	ب			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

که شایع‌ترین آن‌ها Ecoli و سایر باکتری‌های روده‌ای هستند. اگر بیش از یک نوع میکروارگانیسم رشد کرد پریتونیت ثانویه مطرح می‌شود که به دنبال آپاندیس یا زخم پپتیک پرفوره یا... ایجاد می‌شود. پس در برخورد باهاش باید همزمان با شروع آنتی‌بیوتیک، مشاوره‌ی جراحی درخواست کنیم.

بیمار سوال ۶ که با آسیت و تب و حال بد اومده اولین تشخیصی ما پریتونیت باکتریال خودبخودیه و در اولین قدم تشخیصی TAP مایع آسیت و بررسی مایع از نظر WBC و کشت رو انجام میدیم. قطعی‌ترین راه هم جواب کشت مایع آسیته.

> ۷ بیماری با سابقه‌ی سیروز کبدی ناشی از HCV به علت تب و درد شکم مراجعه نموده است. بیمار کاملاً هوشیار است. در معاینه اسکلرا ایکتریک است و آسیت فراوان دارد. نتیجه آزمایش مایع آسیت بیمار به قرار زیر است:
>
> WBC = 1000, PMN = 90%, Lymph = 10%
>
> چه اقدامی انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ – قطبی)
>
> الف) شروع سفوتاکسیم داخل رگ
> ب) منتظر نتیجه کشت خون می‌شویم
> ج) منتظر نتیجه کشت مایع آسیت می‌شویم
> د) منتظر نتیجه کشت مایع آسیت از نظر BK می‌شویم

پاسخ درمان SBP

بیمار مبتلا به SBP رو بستری می‌کنیم و با آنتی‌بیوتیک تزریقی مثل سفالوسپورین نسل سه به مدت ۵ روز تحت درمان قرار می‌دیم؛ مگر اینکه بیمار همزمان باکتریمی هم داشته باشه که در این صورت مدت درمان حدود ۲ هفته میشه. علاوه بر این برای جلوگیری از وقوع سندرم هپاتورنال (عوارض کلیوی)، آلبومین وریدی هم تجویز می‌کنیم. آلبومین بقای کوتاه مدت این بیماران رو زیاد میکنه.

✍ به علت احتمال زیاد عود مکرر SBP به عنوان پیشگیری ثانویه، بیمار را برای مدت کوتاهی تحت درمان با آنتی بیوتیک‌های مثل کوتریموکسازول یا سیپروفلوکساسین قرار می‌دهیم.

> ۸ بیمار آقای ۶۲ ساله مبتلا به سیروز کبدی در زمینه هپاتیت مزمن B که به علت خواب آلودگی به اورژانس آورده شده است. در ۶ ماه گذشته سه نوبت آندوسکوپی و باند لیگاسیون شده و یک نوبت نیز با تشدید آسیت بستری و از آن زمان تحت درمان با فورسماید و اسپیرنولاکتون بوده است. در معاینه ایکتریک است و در معاینه شکم، آسیت دارد، اما تندرنس ندارد. قند خون= ۱۳۰ و سی‌تی‌اسکن مغز نرمال. کدام گزینه به عنوان عامل زمینه‌ساز اختلال هوشیاری بیمار کمتر محتمل است؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰ - کشوری)
>
> الف) یبوست
> ب) مصرف دیورتیک
> ج) هیپوناترمی
> د) هیپوکالمی

پاسخ ۴- انسفالوپاتی کبدی

انسفالوپاتی کبدی یک سندرم عصبی روانی است که اختلال خواب از اولین علائم آن بوده و در مراحل پیشرفته با کاهش سطح هوشیاری و کوما همراه است. شایع‌ترین علت ایجاد انسفالوپاتی کبدی، خون‌ریزی گوارشی و افزایش مصرف پروتئین است چون باعث افزایش بار آمونیوم در بیمار می‌شود که کبد بیمار قدرت دفع آن را ندارد.

در کل علل موثر در ایجاد تغییر سطح هوشیاری در بیماران مبتلا به نارسایی کبدی چیاس؟

☝ افزایش سطح آمونیوم و دیگر ترکیبات نیتروژنی خون: که به دنبال خون‌ریزی گوارشی، مصرف بیش از حد پروتئین، یبوست و عفونت‌ها در بیمار اتفاق می‌افتد.

✌ مصرف داروهای سرکوبگر CNS (ضد افسردگی‌ها، اپیوئیدها، ...)

👌 عوارضی مثل هیپوکالمی، آلکالوز، هیپوولمی و ازوتمی که معمولاً به دنبال مصرف دیورتیک‌ها ایجاد می‌شوند.

سؤال	۷	۸			
پاسخ	الف	ج			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۹- خانم ۶۰ ساله مورد سیروز کبدی پیشرفته در زمینه‌ی هپاتیت اتوایمیون با آسیت فراوان و افزایش کراتینین در طی ۲ هفته اخیر همراه با درد شکم بستری می‌گردد. تجویز کدام یک از داروهای ذیل در نامبرده باعث تشدید وضعیت بالینی وی خواهد شد؟ (پرهانترنی اسفند ۹۵ - قطبی)

الف) میدودرین

ب) آلبومین

ج) مهارکننده ACE

د) ترلیپرسین

۱۰- بیمار سیروتیک با انسفالوپاتی کبدی خفیف به شما مراجعه می‌کند. در آزمایشات INR=2 و Alb=25g/dl و بیلی‌روبین سرم 2.5mg/dl است. در صورت کسب چه امتیازی از Child-Pugh Score بیمار به عنوان Child Class B محسوب می‌شود؟ (پرهانترنی تبریز ۹۳ - قطبی)

الف) امتیاز ۷، ۸ یا ۹

ب) امتیاز ۱۰، ۱۱ یا ۱۲

ج) امتیاز ۱۳، ۱۴ یا ۱۵

د) امتیاز ۱۶ یا بالاتر

پاسخ ۵- سندرم هپاتورنال و هپاتوپولمونری

سندرم هپاتورنال در ۱۰ ٪ بیماران سیروتیک و مبتلا به هپاتیت فولمینانت ایجاد می‌شود. بیمار مبتلا به سندرم هپاتورنال با علائمی همچون کاهش GFR، اولیگوری، ازوتمی، هایپوتنشن و هایپوناترمی مراجعه می‌کند.

✍ داروهای ACE-I مثل کاپتوپریل عوارض کبدی مهمی دارند؛ مانند زردی کلستاتیک و حتی به طور نادر نکروز کبدی برق‌آسا (هپاتیت فولمینانت)؛ پس در بیمارایی مثل این ماماناِبزرگ که خودش سیروز و این بساطا رو داره دیگه مهارکننده‌ی ACE نباید تجویز کنی که!

پاسخ طبقه‌بندی سیروز

سیروز را بر اساس علائم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی در سه دسته طبقه‌بندی می‌کنند که به این طبقه‌بندی child-pugh می‌گویند. این یافته‌ها شامل آسیت، انسفالوپاتی کبدی، INR، PT، آلبومین و بیلی‌روبین می‌باشند.

اول نمره‌های هر کلاس رو بخون:

☝ کلاس A ☜ نمره‌ی ۵ و ۶

✌ کلاس B ☜ نمره‌ی ۷ و ۸ و ۹

👌 کلاس C ☜ نمره‌ی ۱۰ تا ۱۵

اینم جدول نمره‌دهی به بیمار سیروتیک 👇

شاخص	نمره ۱	نمره ۲	نمره ۳
Billirubin	کمتر از ۲mg/dl	۲ تا ۳	بیشتر از ۳
Albumin	بیشتر از ۳٫۵ g/dl	۳ تا ۳٫۵	کمتر از ۳
PT	کمتر از ۴ ثانیه	۴ تا ۶	بیشتر از ۶
INR	کمتر از ۱٫۷	۱٫۷ تا ۲٫۳	بیشتر از ۲٫۳
انسفالوپاتی	ندارد.	خفیف	شدید
آسیت	ندارد.	به آسانی قابل کنترل	به سختی قابل کنترل

✍ عزیزم نمره‌ی مریض رو حساب کردی؟!

خیلی اشتباه کردی خب! اصن حساب کردن نمی‌خواست! سؤال فقط می‌خواد بدونه نمره‌ی کلاس B چنده که میشه ۷ و ۸ و ۹. عزیزم اسمارت تست بزن، اسمـــــارت 😎

سؤال	۹	۱۰
پاسخ	ج	الف

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

ایستگاه دستیاری

D1 بیمار آقای ۳۱ ساله مبتلا به هپاتیت مزمن، با هماتمز شدید آمده. در معاینه مقداری گیج است و آسیت دارد. با توجه به منشا احتمالی خونریزی بیمار، همه داروهای زیر در دستورات اولیه بیمار در اورژانس توصیه می‌شود، بجز: (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) اکترئوتاید
ب) سفتریاکسون
ج) پروپرانولول
د) لاکتولوز

پاسخ شرح حال خونریزی فوقانی در کنار سابقه‌ی هپاتیت مزمن و آسیت، تشخیص واریس مری را پر رنگ می‌کند. در مرحله‌ی خونریزی حاد ناشی از واریس مری، تجویز بتالاکری مثل پروپرانولول کاربرد ندارد. از این دارو فقط در پروفیلاکسی اولیه و ثانویه استفاده می‌کنیم. کلا در خونریزی گوارشی فوقانی، بعد از stable کردن بیمار و قبل از انجام آندوسکوپی باید یه سری اقدامات انجام بدیم:

۱. تزریق PPI که میتونه با متوقف کردن خونریزی فعال نیاز به درمان آندوسکوپیک رو در بیماران کمتر کنه.

۲. محرک‌های روده مثل اریترومایسین یا لاکتولوز که با تمیز کردن روده و بهتر کردن نمای آندوسکوپیک نیاز به آندوسکوپی مجدد و بستری بیمارستان رو کمتر میکنن.

۳. در بیماران سیروتیک تجویز آنتی بیوتیک (سفتریاکسون) ریسک عفونت، خونریزی مجدد و مرگ و میر رو کمتر میکنه.

۴. داروی وازواکتیو (اکترئوتاید وریدی) در بیماران سیروتیک به کنترل خونریزی تا ۱۲ ساعت بعد از راجعه کمک میکنه.

کندوی عسل می‌تواند ساختار اجتماعی بسیار پیچیده‌ای داشته باشد و انواع مختلف زنبورهای کارگر را در خود جای دهد.

اما تاکنون محققان موفق به یافتن زنبورهای وکیل نشده‌اند!

زنبورها احتیاجی به وکیل ندارند، چون خطر فراموش کردن یا نقض قانون اساسی کندو وجود ندارد.

ملکه غذای نظافتچیان را با دوز و کلک از چنگشان درنمی‌آورد و آن‌ها هم هرگز برای حقوق بیشتر اعتصاب نمی‌کنند.

اما اینها کارِ همیشگیِ انسان است!

#نیک گرگین

سؤال	D1			
پاسخ	ج			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
کیسه صفرا و مجاری صفراوی	مهم	۴

سنگ صفراوی

سنگ‌های صفراوی بیشتر از جنس کلسترولی هستند و در بیش از نیمی از موارد بدون علامت می‌باشند. ولی اگر علامت‌دار شوند، علائم زیر را نشان می‌دهند:

- درد شکم: دردی مداوم و ثابت که در RUQ و گاهی در اپیگاستر احساس میشه. معمولاً به دنبال خوردن غذای چرب مثل کله‌پاچه ایجاد میشه. یک ربع تا نیم ساعت طول می‌کشه و کم کم خودش خوب میشه و حداکثر تا ۵ ساعت رفع میشه. این درد به مسکن قوی جواب میده. به این درد شکم اصطلاحاً کولیک صفراوی میگن.
- دردهای تیرکشنده به شانه یا کتف راست
- نفخ، سوء هاضمه، عدم تحمل غذای چرب و...

اگر این درد بیشتر از ۵ ساعت طول بکشه یا تب، لکوسیتوز یا تندرنس شکمی بهش اضافه بشه باید به التهاب مثل کوله‌سیستیت،کلانژیت یا پانکراتیت فکر کنیم.

تشخیص سنگ صفراوی

برای تشخیص سنگ کیسه‌ی صفرا بهترین روش سونوگرافی است ولی متأسفانه سونوگرافی در تشخیص سنگ‌های مجاری صفراوی دقت پایینی دارند؛ پس بهترین روش‌ها برای تشخیص سنگ‌های صفراوی MRCP و اندوسکوپیک اولتراسوند (EUS) می‌باشند.

درمان سنگ صفراوی

در بیمارانی که به صورت اتفاقی متوجه وجود سنگ کیسه‌ی صفرا میشن و بدون علامتند، هیچ اقدامی لازم نیست و فقط بیمار رو پیگیری می‌کنیم. مثل این خانم که اتفاقی متوجه سنگ کیسه صفراش شده و علامتی نداره، که فقط برای نفخش اگر اذیتش میکنه دایمتیکون تجویز می‌کنیم!

۱) خانم ۴۵ ساله که با سابقه نفخ شکم از ۳ سال قبل مراجعه نموده، در سونوگرافی اتفاقی متوجه سنگ کیسه صفرا در حد ۱۵ میلی‌متر شده، اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳ - قطبی)

الف) تجویز دایمتیکون
ب) تجویز UDCA
ج) کله سیستکتومی
د) سنگ‌شکن به کمک اولتراسوند

سؤال	۱			
پاسخ	الف			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ همه‌ی موارد اتفاقی رو پیگیری می‌کنیم به جز در افراد پرخطر که با کوله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک سنگ رو خارج می‌کنیم؛ افراد پرخطر ؟

- بیماران دیابتی
- بیماران مبتلا به آنمی سیکل سل مثل این خانم
- بیمارانی که ریسک بالای کارسینوم کیسه‌ی صفرا دارند ، مثل کیسه‌ی صفرای چینی، سنگ بزرگتر از ۳ سانتی‌متر، پولیپ صفراوی بزرگ.
- بچه‌ها
- بومیان آمریکا

در افراد علامت‌دار باید حتماً مداخله کنیم. کوله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک نسبت به کوله‌سیستکتومی باز ارجح‌تر است چون عوارض کمتری دارد ولی در بیماران چاق، سیروزی یا افرادی که سابقه‌ی جراحی شکمی دارند، کوله‌سیستکتومی باز توصیه می‌شود.

در مواردی که شک به سنگ مجرای صفراوی مشترک (CBD) داریم، علاوه بر انجام کوله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک باید ERCP هم به عنوان یک روش درمانی انجام بدیم.

داروی UDCA یا اورزودئوکسی کولیک اسید دارویی است که در افرادی که حاضر به جراحی نباشند یا سالمندان و همچنین برای کاهش درد بیمار تجویز می‌شود. این دارو باعث حل شدن سنگ می‌شود و فقط روی سنگ صفراوی کلسترولی مؤثر است. البته در صورتی که عملکرد کیسه‌ی صفرا خوب نباشد پس از حل شدن سنگ، مجدداً سنگ می‌سازد!

پاسخ پولیپ کیسه‌ی صفرا در چهار مورد اندیکاسیون جراحی قطعی دارد:

۱. سن بالای ۶۰ سال
۲. پولیپ علامت‌دار یا پولیپی که در سونوگرافی‌های پیگیری، افزایش سایز دارد.
۳. پولیپ های بزرگتر از ۱ cm: چون احتمال بدخیمی بالایی داره.
۴. پولیپی که همراه با سنگ کیسه‌ی صفرا باشه. مثل این آقا!

کوله‌سیستیت حاد

التهاب کیسه‌ی صفرا معمولاً به علت انسداد مجاری صفراوی با سنگ ایجاد میشه که خودش رو با درد ناگهانی شکم در RUQ و اپیگاستر نشون میده که چند ساعت طول می‌کشه، افزایشیه و خودبه‌خود یا با مسکن خوب نمیشه. بیمار همراه با درد شکم، تهوع، استفراغ و تب خفیف هم داره. معمولاً در معاینه‌ی شکمشون علامت مورفی مثبت میشه؛ یعنی در فشار روی RUQ شکم به قدری تندرس شدیده که مریض از درد نفسش میره 😣

۲ خانم ۲۳ ساله مبتلا به آنمی سیکل‌سل به علت نفخ و تهوع سونوگرافی می‌شود. در سونوگرافی سنگ در کیسه صفرا و نیز پولیپ کوچک کیسه صفرا داشتند. آزمایشات کبدی نرمال است و علائم بیمار با تجویز امپرازول برطرف شده است. کدام اقدام در مورد وی صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) کوله سیستکتومی
ب) تجویز UDCA
ج) سونوگرافی ۶ ماه بعد
د) تجویز کلستیرامین

۳ آقای ۵۶ ساله در بررسی دوره‌ای، با یک گزارش سونوگرافی مبنی بر وجود یک سنگ حدود ۶ میلی‌متری و یک پولیپ بزرگ در کیسه صفرا مراجعه کرده است. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) پیگیری سونوگرافیک
ب) مشاوره‌ی جراحی
ج) تجویز اردوکسی کولیک اسید
د) تصویربرداری با روش دیگر

سؤال	۲	۳		
پاسخ	الف	ب		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

۴ آقای ۶۰ ساله/ با درد قسمت فوقانی شکم، ایکتر و تب از ۲ روز قبل/ سابقه مثبت دردهای مکرر اپی‌گاستر با انتشار به شانه از مدت‌ها قبل/ نکات مثبت معاینه بیمار: ill، اسکلرا ایکتریک و تندرنس خفیف ناحیه‌ی اپی گاستر. علاوه بر درخواست آزمایشات AST, ALT,ALP,Bili کدامیک از موارد زیر را ابتدا درخواست می‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطبی)

الف) MRCP

ب) سونوگرافی

ج) سی تی اسکن شکم و لگن

د) ERCP

۵ آقای ۷۰ ساله به علت سکته مغزی و نارسایی قلبی در ICU بستری است. در سیر بستری دچار تب و لکوسیتوز می‌شود. CXR بیمار نرمال است. کشت خون و ادرار بیمار منفی است. در سونوگرافی کیسه صفرا متسع با مایع اطراف آن و بدون سنگ رویت شد. بیمار هوشیار نیست و معاینه وی قابل اعتماد نمی‌باشد. اقدام بعدی شما کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطبی)

الف) کله سیستوستومی از راه پوست

ب) ERCP

ج) کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک

د) کله سیستکتومی لاپاراتومی

۶ بیمار خانم ۶۰ ساله با درد شدید ناحیه RUQ به همراه تب و لرز و زردی از دو روز گذشته مراجعه می‌کند. سابقه سنگ کیسه صفرا را از ۳ سال پیش می‌دهد. در آزمایشات انجام شده:

WBC = 18000 ; Hb = 14.5; PLT = 350000; Bilirubin Total = 9.7; Bilirubin Direct=8.5 ; ALT=90; AST= 85; ALKP= 1100; Serum Amylase= 200

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ - قطبی)

الف) کله‌سیستیت حاد

ب) کلانژیت حاد

ج) پانکراتیت حاد

د) هپاتیت حاد

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	ب	الف	ب

پاسخ تشخیص کوله‌سیستیت حاد

اگر در سونوگرافی ویژگی‌های زیر رو دیدیم، تشخیص کوله‌سیستیت قطعیه:

☝ مشاهده ی سنگ

✌ شواهد التهاب کیسه‌ی صفرا مثل وجود مایع در اطراف کیسه‌ی صفرا و ضخیم شدن یکنواخت جدار کیسه‌ی صفرا

درمان کوله‌سیستیت حاد

درمان کوله‌سیستیت حاد شامل تجویز آنتی‌بیوتیک در صورت وجود تب یا لکوسیتوز و همچنین انجام کوله‌سیستکتومی زودهنگام می‌باشد.

پاسخ ✍ اگر بیماری با علائم کوله‌سیستیت بیاد ولی سنگ دیده نشه، بهش کوله‌سیستیت بدون سنگ یا Acalculous cholecystitis میگیم. این حالت بیشتر در بیماران بستری در ICU که بدحال و بی‌حرکتند و با TPN تغذیه میشن اتفاق میفته. در این دسته از بیماران از دو روش درمانی می‌تونیم استفاده کنیم:

☝ تجویز آنتی‌بیوتیک و کوله‌سیستکتومی

✌ پرکوتانئوس کوله‌سیستوستومی: در بیمارانی که خیلی بدحال و داغونن از راه پوست یه لوله می‌فرستن داخل کیسه صفرا و ترشحات رو تخلیه می‌کنن؛ مثل این پدربزرگ ۷۰ ساله که علاوه بر سکته‌ی مغزی و نارسایی قلبی، هوشیار هم نیست و اگر بخوای عملش کنی شاید اصلاً برنگرده! پس از کوله‌سیستوستومی استفاده می‌کنیم.

پاسخ کلانژیت حاد

یکی از عوارض سنگ‌های موجود در CBD کلانژیت حاد (التهاب و عفونت مجاری صفراوی) است، چون وجود سنگ در مجرا زمینه‌ای برای سوار شدن عفونت و ایجاد التهاب می‌شود.

علائم کلانژیت حاد رو معمولاً به اسم تریاد شارکو می‌شناسند که شامل زردی، درد شکم و تب است. اگر افت فشار خون و کاهش سطح هوشیاری هم به این تریاد اضافه شود، به آن پنتاد رینولد می‌گویند.

درمان کلانژیت حاد

کلانژیت حاد باید به صورت اورژانسی درمان بشه. بلافاصله بعد از تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف باید جهت بیمار ERCP و اسفنکتروتومی انجام بدیم. بعد از اینکه بیمارمون وضعیتش پایدار شد میزاریمش تو لیست عمل الکتیو کوله‌سیستکتومی.

✍ در کوله‌سیستیت، کوله‌سیستکتومی زودهنگام انجام میدیم ولی در کلانژیت حاد کوله‌سیستکتومی رو به عنوان خط آخر درمان در نظر می‌گیریم تازه اونم بعد از پایدار شدن مریض.

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ درمواردی که بیمار علائم و یافته‌هایی مثل زردی، بالا بودن ترانس آمینازهای کبدی، دیلاته بودن مجاری صفراوی در سونوگرافی و یا پانکراتیت داشته باشه؛ تو هر بیمار مشکوک به سنگ مجاری صفراوی مشترک یا CBD، باید برای تشخیص قطعی از MRCP یا EUS استفاده کنیم. این خانم با توجه به کولیک صفراوی یعنی درد فوقانی شکم، تهوع و استفراغ به همراه افزایش آنزیم‌های کبدی و بیلی‌روبین و اسلاج صفراوی مشکوک به کوله‌سیستیت است. ولی سه دلیل زیر شک ما رو به سنگ CBD زیاد می‌کنه:

1. CBD گشاد (بزرگ‌تر از ۵ میلی‌متر)
2. بیلی‌روبین بالای ۵ (که توی کوله‌سیستیت معمولی دیگه بیش‌تر از ۵ نمیشه)
3. بهبود علائم کوله‌سیستیت بدون هیچ مداخله‌ای. این نشون میده یه سنگی اومده تو CBD و احتمالاً رد شده.

پس جمع‌بندی کنیم:

- اگر به سنگ CBD شک داشتیم، ولی تو سونوگرافی سنگی ندیدیم؛ باید MRCP و یا EUS کنیم.
- اگر سنگ CBD ثابت شد، باید علاوه بر کوله‌سیستکتومی، ERCP هم بکنیم.

۷ خانم ۳۶ ساله با درد ناگهانی ناحیه فوقانی شکم به همراه تهوع و استفراغ بستری می‌شود. در طی سونوگرافی کیسه صفرا حاوی اسلاج فراوان و CBD در حد ۷ میلی‌متر گزارش شده است. یافته‌های آزمایشگاهی به شرح زیر است.

AST:400, ALT: 500, ALK:450, Amyals:900,

Bili Total:6 , Bili D:4

روز سوم بستری حال عمومی خوب و درد و تهوع بهبودی دارد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) مشاوره جراحی جهت کله‌سیستکتومی
ب) MRCP
ج) آندوسکوپی فوقانی
د) سی‌تی‌اسکن شکم و لگن

ایستگاه دستیاری

پاسخ یکی از اندیکاسیون‌های کله سیستکتومی در پولیپ کیسه صفرا، سن بالای ۶۰ سال هست. باقی موارد رو تو پاسخ سوال ۳ مرور کن.

D1 خانم ۶۵ ساله بدون علامت گوارشی، جهت بررسی مسایل زنانگی سونوگرافی شده است. به طور اتفاقی یک پولیپ به قطر ۵ میلی‌متر در جدار کیسه صفرا گزارش شده است. جدار کیسه صفرا سالم می‌باشد. اقدام مناسب برای بیمار کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) نیاز به اقدام خاصی ندارد.
ب) انجام CT scan شکم
ج) سونوگرافی کنترل هر ۶ تا ۱۲ ماه
د) کله سیستکتومی الکتیو

اگر چه مردم وانمود می‌کنند که به حق احترام می‌گذارند، اما

در برابر هیچ چیز غیر از زور سر فرود نمی‌آورند!

#آلبر کامو

سؤال	۷	D1		
پاسخ	ب	د		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
بیماری‌های پانکراس	خیلی مهم	۷

۱ شایع‌ترین علت پانکراتیت حاد کدامیک از موارد زیر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطبی)

الف) سنگ کیسه صفرا

ب) مصرف الکل

ج) مصرف دارو

د) هیپر تری‌گلیسریدمی

پاسخ پانکراتیت حاد

پانکراتیت حاد علل زیادی داره. شایع‌ترین علت پانکراتیت حاد به ترتیب سنگ صفراوی و مصرف الکل است. با یه رمز مهم‌ترین علت‌های پانکراتیت حاد رو یاد بگیر: **BAD HIIT**

۱. Biliary: شایع‌ترین علت پانکراتیت سنگ صفراوی است.

۲. Alcohol

۳. Drugs

۴. Hyper (هایپر کلسمی / هایپر تری‌گلیسریدمی)

۵. Idiopathic و Infection

۶. Trauma و آسیب بافتی

علائم بالینی پانکراتیت حاد

۱. درد شکم که گاهی اونقدر شدیده که به داروهای مسکن هم جواب نمیده. معمولاً درد به پشت منتشر میشه و در حالت خوابیده تشدید میشه؛ پس بیمار پانکراتیت به جلو خم میشه.

۲. تهوع، استفراغ، تب و ایلئوس گوارشی (انسداد) و کاهش صداهای روده‌ای

۳. نارسایی کلیه، تنفسی، قلبی

۴. خون‌ریزی گوارشی

۵. اکیموز (کبودی وسیع) در پهلوها (علامت ترنر) و یا اکیموز دور ناف (علامت Cullen) که بیشتر در پانکراتیت هموراژیک دیده می‌شوند.

۶. تغییرات متابولیک مثل هیپوکلسمی، هیپرگلایسمی، اسیدوز متابولیک

پاسخ تشخیص پانکراتیت حاد

برای تشخیص پانکراتیت حاد باید از دو مورد زیر سه مورد زیر رو داشته باشیم:

☝ درد شکمی مطابق با پانکراتیت حاد

✌ افزایش سطح آمیلاز یا لیپاز سرمی به بیش از ۳ برابر نرمال

👌 یافته‌های مختص پانکراتیت حاد در CT Scan

؟ پس با این حساب یعنی اولین اقدام تشخیصی در بیماری که با پانکراتیت حاد شک داریم سی‌تی اسکنه؟! نخیـر!

۲ بیمار خانم ۵۸ ساله‌ای است که به طور ناگهانی از دو روز پیش دچار درد ناحیه اپیگاستر به همراه تهوع و استفراغ شده است. در آزمایشات:

WBC=18000,Serum amylase=650 ,Hb=13, BS= 280

PLT= 350000, LDH=1200, Serum Ca=7.8

در سونوگرافی انجام شده مجاری صفراوی و کیسه صفرا نرمال بوده است ولی به علت پر گازی شکم امکان رویت واضح پانکراس وجود نداشته است. در این هنگام انجام کدام روش تصویربرداری ضرورت دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) MRCP

ب) CT با کنتراست

ج) سونوگرافی مجدد

د) MRI

سؤال	۱	۲
پاسخ	الف	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

با توجه به اینکه شایع‌ترین علت پانکراتیت، سنگ صفراویه پس اولین قدم تشخیصی هم تو پانکراتیت سونوگرافیه. اگر شواهدی به نفع سنگ صفراوی و مجرای صفراوی دیلاته تو سونوگرافی دیدیم، تشخیص پانکراتیت قطعیه.

لیپاز نسبت به آمیلاز در پانکراتیت اختصاصی‌تر است و مدت بیشتری در سطح سرم بالا می‌ماند. معمولاً اگر فردی با افزایش آمیلاز سه برابری مراجعه کند، اگر انفارکتوس یا پارگی روده نباشد، تشخیص پانکراتیت است، البته سطح لیپاز و آمیلاز با شدت علائم پانکراتیت ارتباطی ندارد و در پیگیری بیماری کمکی نمی‌کند.

پاسخ: بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد ممکن است دارای مقادیر آمیلاز نرمال سرم، ثانویه به هایپر تری‌گلیسریدمی یا پانکراتیت الکلی باشند.

علل دیگر هایپرآمیلازمی

پاروتیدیت، مشکلات روده نظیر انسداد، پرفوریشن و ایسکمی مزانتر، بیماری‌های تخمدان و لوله‌ی فالوپ، نارسایی کلیه

۳ بیمار ۵۳ ساله با درد غیر کولیکی شکم و تندرنس ژنرالیزه از ۶ ساعت قبل همراه با تهوع و استفراغ مراجعه می‌کند. در چه مواردی با وجود تشخیص احتمالی پانکراتیت حاد، آمیلاز سرم نرمال است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطبی)

الف) تری‌گلیسیرید بالا

ب) انسداد روده

ج) آپاندیسیت حاد

د) کلسیم پایین

تعیین شدت و پروگنوز پانکراتیت حاد

پاسخ: درمان پانکراتیت با توجه به شدت آن متفاوت است. دقیق‌ترین روش تعیین شدت و پروگنوز پانکراتیت حاد با استفاده از علائم بالینی و CTscan است. معیارهای بالینی رانسون در تعیین شدت و پروگنوز پانکراتیت کمک می‌کنند. هر کدام از معیارهای رانسون در واقع نشان‌دهنده‌ی پروگنوز بد و ریسک فاکتور پانکراتیت حاد حساب می‌شوند.

۴ خانم ۶۱ ساله به علت پانکراتیت حاد بستری شده است. برای ارزیابی پیش‌آگهی بیمار و شدت پانکراتیت همه موارد زیر از معیارهای پروگنوز بد می‌باشند، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۹- کشوری)

الف) وجود پلورال افیوژن

ب) BUN:30

ج) BP: 90/60 و PR: 120

د) آمیلاز بسیار بالا

معیارهای بالینی رانسون	
در بدو ورود	**در ۴۸ ساعت اول بستری**
سن بالای ۵۵ سال	
چاقی BMI بیشتر از ۳۰	کلسیم کمتر از ۸ (هایپوکلسمی)
لکوسیتوز (افزایش wbc بیش از ۱۶۰۰۰)	BUN > 5 mg/dl
قند خون بیش از ۲۰۰ (هایپرگلیسمی به علت کاهش انسولین)	PO2 شریانی کمتر از ۶۰mmHg
لاکتات دهیدروژناز (LDH) بالای ۳۵۰ IU/L	مایع تجمعی تخمینی > ۶ لیتر
AST بالای ۲۵۰ U/L	Base deficit > 4 meq/L
	افت هماتوکریت بالای ۱۰ واحد

علاوه بر معیار روانسون، CRP بالای ۱۵۰ هم با پروگنوز بد در پانکراتیت همراه است.

سؤال	۳	۴
پاسخ	الف	د

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پانکراتیت شدید با نارسایی ارگان‌ها همراه است، مثل:

۱. شوک با فشارخون سیستولی کمتر از ۹۰

۲. نارسایی کلیه با کراتینین بالای ۲

۳. نارسایی تنفسی با فشار اکسیژن کمتر مساوی ۶۰

✍ یکی از مواردی که در تعیین پروگنوز و شدت پانکراتیت ارزشمند است، بررسی لام پاتولوژی پانکراس می‌باشد که معمولاً پاتولوژیست یکی از دو وضعیت زیر رو اطلاع میده:

☝ پانکراتیت بینابینی ☜ عروق میکروسکوپی پانکراس نرمال است.

✌ پانکراتیت نکروزان ☜ عروق میکروسکوپی پانکراس تخریب شده است.

نشانه‌های پروگنوز بد در تصویر برداری چیاس؟

پلورال افیوژن- نکروز پانکراس- تجمع مایع حاد خارج پانکراس

پانکراتیت نکروزان نوع شدید پانکراتیت است، به ویژه وقتی با نکروز عفونی همراه باشد که بسیار مرگ‌بار می‌باشد.

۵ بیماری ۴۵ ساله که با درد شدید اپیگاستر با انتشار به پشت که با خم شدن به جلو تشدید و با دراز کشیدن تشدید می‌شود همراه با تهوع و استفراغ به اورژانس مراجعه نموده است. آزمایشات بیمار به شرح زیر می‌باشد و سونوگرافی اسلاج صفراوی همراه با سنگ ریز ۳-۲ دارد و ضخامت کیسه صفرا نرمال است.

Amylase: 870/ WBC: 12200/ AST: 80 / ALT: 100/ ALP: 250

کدام اقدامات زیر صحیح نیست؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) شروع تغذیه خوراکی

ب) استفاده از آنتی‌بیوتیک

ج) هیدراتاسیون بیمار با استفاده از سرم رینگرلاکتات

د) تجویز مسکن جهت تسکین درد

پاسخ درمان پانکراتیت حاد

☝ اولین قدم و اساس درمان در پانکراتیت حاد **مایع درمانی** و هیدراته کردن بیمار است. بهترین سرم در احیای پانکراتیت حاد، رینگر لاکتات است.

✌ تجویز **مسکن**

🖖 توجه به معیارهای بالینی رانسون برای تعیین شدت پانکراتیت و انتخاب نوع درمان برحسب شدت پانکراتیت که دو نوع خفیف و شدید دارد.

🖖 پانکراتیت خفیف ☜ در صورت وجود کمتر از ۳ معیار رانسون، نبود عوارض سیستمیک و پاتولوژی نشان‌دهنده‌ی پانکراتیت بینابینی، پانکراتیت خفیف است. پروگنوز پانکراتیت خفیف خوب است و نیازی به انجام CTscan یا تجویز آنتی‌بیوتیک نیست. فقط اقدامات حمایتی مثل مایع‌درمانی و مسکن نیاز دارند.

🖖 پانکراتیت شدید ☜ در صورت وجود بیش از سه معیار رانسون، داشتن عوارض سیستمیک و پاتولوژی نشان‌دهنده‌ی پانکراتیت نکروزان و گاهی هم پانکراتیت بینابینی، پانکراتیت شدید است. انجام اقدامات زیر در پانکراتیت شدید ضروری است 👇

۱. بستری بیمار در ICU

۲. مایع‌درمانی

۳. کنترل عوارض سیستمیک

۴. TPN و تغذیه وریدی بیمار در صورت نیاز

۵. انجام ERCP در صورت تأیید تشخیص سنگ صفرا به عنوان علت پانکراتیت

سؤال	۵			
پاسخ	ب			

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

بیماران با پانکراتیت خفیف بهتره غذا خوردن رو در همون ۲۴ ساعت اول شروع کنن و نیاز نیست منتظر بهبود درد یا کاهش مارکر های آزمایشگاهی باشیم.

✍ بیمارانی که به دنبال سنگ کیسه‌ی صفرا دچار پانکراتیت خفیف می‌شوند، حتماً باید در همین بستری و بیماران با پانکراتیت شدید بصورت تاخیری کوله‌سیستکتومی شوند؛ زیرا احتمال عود مجدد پانکراتیت در این بیماران طی شش ماه به اندازه ی ۵۰ تا ۷۵ درصد است.

۶ انجام CTscan با تزریق جهت تعیین قطعی نوع پانکراتیت. که شواهد CT هر کدام از دو نوع پانکراتیت شامل موارد فوق است ☜

- پانکراتیت بینابینی که در آن ماده کنتراست بطور یکنواخت پانکراس را پر می‌کند و Filling defect دیده نمی‌شود.
- پانکراتیت نکروزان که بعضی قسمت‌های پانکراس ملتهب پر نمی‌شود و Filling defect می‌بینیم.

اگر پانکراتیت بینابینی بود پنج اقدام اولیه بالا رو انجام میدیم.

اگر پانکراتیت نکروزان بود علاوه بر پنج اقدام اولیه، در صورت عفونت (وجود تب، لکوسیتوز، علائم نارسایی ارگان یا عدم بهبودی ظرف ۱۰ روز) باید آنتی‌بیوتیک تجویز شود.

پاسخ پانکراتیت مزمن

حملات مکرر و طولانی‌مدت پانکراتیت حاد می‌تواند در نهایت به پانکراتیت مزمن منجر شود که باعث التهاب، فیبروز و آسیب غیر قابل برگشت پانکراس و نقص در فعالیت‌های اندوکرین و اگزوکرین آن می‌شود. الکلیسم مزمن، شایع‌ترین علت پانکراتیت مزمن غیرانسدادی است. این بیماران از درد مداوم یا دوره‌ای شکم شکایت می‌کنند. درد می‌تواند همراه با استئاتوره، اسهال و کاهش وزن باشد. دیابت، عارضه‌ی دیررس پانکراتیت مزمن است.

پاسخ تشخیص پانکراتیت مزمن

تشخیص پانکراتیت مزمن بر پایه‌ی تصویربرداری (آناتومی تغییر یافته‌ی پانکراس) و اختلال تست‌های عملکردی مثل تست ترشحی سکرتین و سنجش الاستاز مدفوع است. تست تحریکی با سکرتین حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین تست تشخیصی پانکراتیت مزمن است ولی به علت گران و سخت بودن انتخاب اول نیست. پرکاربردترین تست ازمایشگاهی برای بررسی نارسایی اگزوکرین پانکراس، الاستاز مدفوع است.

✍ در پانکراتیت مزمن شاخص‌های آزمایشگاهی مثل آمیلاز و لیپاز اغلب نرمالند و در نتیجه در تشخیص یا پروگنوز بیماری کمکی نمی‌کنند.

۶ مرد ۵۲ ساله با اسهال ۸ ماهه و دفع مدفوع چرب، بد بو و چسبناک مراجعه کرده است. در شرح حال بیمار مصرف الکل را ذکر می‌کند. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطبی)

الف) مصرف ملین
ب) هیپرتیروئیدی
ج) پانکراتیت مزمن
د) بیماری التهابی روده

۷ مرد ۶۰ ساله‌ای با سابقه‌ی طولانی مصرف الکل به علت درد شکم مزمن و کاهش وزن مراجعه نموده است. با توجه به مطرح شدن احتمال پانکراتیت مزمن کدامیک از موارد زیر برای تشخیص بیماری حساس‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطبی)

الف) جمع‌آوری چربی مدفوع سه روز بالای 7g/d
ب) تست تحریکی سکرتین
ج) سطح الاستاز مدفوع
د) سطح تریپسینوژن سرم زیر 10ng/ml

سؤال	۶	۷		
پاسخ	ج	ب		

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

اگر در بیماری به پانکراتیت مزمن شک کردیم میتونیم از CT اسکن، سونوگرافی اندوسکوپیک (EUS) و MRI استفاده کنیم. البته قدم اول برای تشخیص CT اسکن است که شواهد اتساع مجاری، سنگ، تغییر ضخامت دیواره، کلسیفیکاسیون و کیست‌های کاذب را نشان می‌دهد.

MRCP هم مثل CT اما با دقت بیشتر میتونه شواهد پانکراتیت مزمن رو نشون بده.

پاسخ کیست کاذب پانکراس

تجمع بدون کپسول و بدون پوشش اپی‌تلیالی شیره‌ی پانکراس اطراف آن که تا ۴ هفته پس از حمله حاد پانکراتیت باقی بماند، کیست کاذب پانکراس نامیده می‌شود.

کیست‌های بدون علامت و به ویژه کیست‌هایی که اندازه کوچک رو فقط تحت نظر می‌گیریم چون اکثراً خودبه‌خود برطرف میشن. ولی در موارد علامت‌دار باید به فکر تخلیه‌ی کیست با جراحی یا درناژ کیست باشیم.

پاسخ ریسک فاکتورهای سرطان پانکراس رو هم یاد بگیر:

۱. سیگار (مهمترین ریسک فاکتور)

۲. چاقی

۳. تنبلی و فعالیت فیزیکی کم

۴. دیابت

برخلاف تصور خیلی‌ها بین سرطان پانکراس با بیماری کیسه صفرا و مصرف قهوه و الکل هنوز ارتباطی شناخته نشده است. همینطور این سرطان در میان مردان، سیاه پوستان و در دهه‌ی هفتم زندگی شایعتر است.

بریم سراغ سوال‌های جدید

پاسخ درد شدید اپی‌گاستر با انتشار به پشت که با خم شدن به جلو بهتر و با دراز کشیدن تشدید میشه، باید آلارم پانکراتیت رو تو ذهنت روشن کنه! پس اولین کرایتریا از سه معیار تشخیصی پانکراتیت حاد رو داری. باید برای تشخیص پانکراتیت دو تا از سه موردی که تو سوال ۲ گفتم یعنی آمیلاز یا لیپاز و یا شواهد سی‌تی‌اسکن رو داشته باشیم. بیمار، آمیلاز نرمال داره. ولی نا امید نشو، علتش تری‌گلیسرید خیلی بالاشه! پس آمیلاز از اعتبار خارجه و باید لیپاز رو چک کنیم. هنوز نوبت سی‌تی‌اسکن نیست!

پانکراتیت آمیلاز نرمال رو دیگه کجا داشتیم؟ در پانکراتیت الکلی.

۸ در سونوگرافی بیمار ۴۵ ساله الکلی که به دنبال پانکراتیت حاد طی چند هفته قبل مراجعه کرده و بدون علامت است، کیست به قطر ۵۰×۵۰ میلی‌متر گزارش شده، آمیلاز سرم ۳۲۰ و همه آزمایش‌ها نرمال است. اقدام بعدی شما چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطبی)

الف) پیگیری بیمار

ب) درناژ کیست به کمک آندوسونوگرافی

ج) درناژ کیست به کمک CT اسکن

د) معرفی به جراح برای عمل جراحی

۹ کدام یک از موارد زیر جزء عوامل خطر قطعی سرطان پانکراس، محسوب می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴-

الکل

سیگار

قهوه

هلیکوباکتر پیلوری

۱۰ بیمار خانم ۴۰ ساله بدون سابقه مصرف الکل و داروی خاص از روز گذشته دچار درد شدید اپیگاستر با انتشار به پشت به همراه تهوع و استفراغ شده است. درد بیمار با خم شدن به جلو بهتر و با دراز کشیدن بدتر می‌شود. در سونوگرافی مجاری صفراوی نرمال ولی سنگ‌های متعدد کوچک در کیسه صفرا دارد. با توجه به آزمایشات، بهترین اقدام تشخیصی بعدی چیست؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- کشوری)

WBC=12500 /HCT=43%/ PLT=256000/

Amylase=86 / Ca=9.1/ TG=1100 / LDH=245

الف) درخواست CTS شکم

ب) درخواست لیپاز

ج) درخواست اندو سونوگرافی

د) درخواست تومورمارکرها مخصوصا CA19-9

سؤال	۸	۹	۱۰
پاسخ	الف	ب	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ خب ایشون هم علائمش به پانکراتیت میخوره و آمیلازش هم خیلی بالاست. پس تشخیص پانکراتیت مسجله و چک لیپاز کمک بیشتری نمیکنه. در برخورد با پانکراتیت حاد بعد از شروع اقدامات اولیه باید با ۶ ارزیابی، علت پانکراتیت رو پیدا کنیم، چیا؟

۱. تاریخچه بیماری فردی و خانوادگی

۲. داروها

۳. آنزیم‌های کبدی

۴. تری‌گلیسرید سرمی

۵. کلسیم سرم

۶. سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی مخصوصا از نظر سنگ

پاسخ برای مدیریت بیمار پانکراتیت برگرد و قسمت درمان رو مرور کن. اما این جمله استاد رو هم یادت باشه که در پانکراتیت، چیزی بعنوان آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک نداریم!

پاسخ از کجا شک می‌کنم پانکراتیت داره؟ درد شکمی تیر کشنده به پشت و کتف + آمیلاز بالا. به همین راحتی! راستی یادته سه قدم اصلی درمان پانکراتیت چی بود؟

☝ مایع درمانی

✌ مسکن

👌 ادامه درمان بر اساس معیارهای رانسون ☺

چیزهایی هست که درمان نمی‌شود و سال‌ها خواهد گذشت اما هرگز درمان نخواهیم شد!

شاید دوباره چراغی روی میز داشته باشیم و گلدانی گل و عکس‌های عزیزانمان را...

اما دیگر این چیزها را باور نداریم، چون یک بار مجبور به ترکشان شده‌ایم.

ناتالیا گینزبورگ؛ فضیلت‌های ناچیز

۱۱ خانم ۳۹ ساله با درد شکم، تهوع، استفراغ و آمیلاز ۱۴۰۰ (normal < 100) بستری شده‌اند. در معاینه شکم نرم است. مایعات و ضد درد شروع شد. همه بررسی‌های زیر برای بیمار ضروری است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰-کشوری)

الف) اندازه‌گیری آنزیم‌های کبدی

ب) اندازه‌گیری لیپاز سرم

ج) اندازه‌گیری کلسیم سرم

د) سونوگرافی شکم و لگن

۱۲ خانم ۵۵ ساله/ با درد شکم شدید، تهوع و استفراغ آمده / سابقه دردهای مشابه اما با شدت کمتر بعد خوردن غذاهای چرب دارد/ درد بیشتر در ناحیه اپیگاستر است که با خوابیدن به پشت تشدید می‌شود/ معاینات و گرافی نرمال/ آزمایشات:

WBC: 11000 , Hb:12, Creatinine:0.9,

Amylase: 1200, Ca: 8.8, Lipid profile: Normal,

ALT: 110, AST: 96, ALP: 456

در Management بیمار در این مرحله همه موارد زیر صحیح است بجز: (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰ - میان‌دوره کشوری)

الف) مسکن وریدی

ب) تجویز آنتی‌بیوتیک

ج) استراحت روده‌ای (NPO)

د) تجویز سرم نرمال سالین

۱۳ آقای ۵۰ ساله با درد شدید ناحیه اپی‌گاستر از ۶ ساعت قبل مراجعه کرده است. درد به کتف و پشت بیمار کشیده می‌شود و همراه با تهوع و استفراغ است. علائم حیاتی: BP:110/60, PR:88, RR:20, T:37.2. در آزمایشات بیمار میزان آمیلاز ۶ برابر نرمال است و سونوگرافی اولیه طبیعی است.

BUN:20, Cr:1.2, WBC:10200, Hb:14.5, Plt:245000, Ca:8, Alb:3.6

هیدراتاسیون با ۴ لیتر رینگرلاکتات شروع می‌شود. در مورد اقدام بعدی کدام گزینه صحیح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰ - کشوری)

الف) سی‌تی‌اسکن شکم

ب) تجویز داروهای ضد درد

ج) تجویز آنتی‌بیوتیک

د) سنجش CA19-9

سؤال	۱۱	۱۲	۱۳
پاسخ	ب	ب	ب

@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

انتشار توسط کانال تلگرامی مدیکا

@MEDICA_CHANNEL

Medica
Free Medical Books

Medica
Free Medical Books

تنها کانال منتشرکننده‌ی فایل‌های جدید استاجری، پره‌اینترنی و دستیاری

برای مشاهده‌ی سایر فایل‌ها، به کانال ما سر بزنید!

- ویرایش جدید اطفال پیرحاجی شامل نسخه چاپی، درسنامه کتابخانه دیجیتال، تست‌ها و ویس کامل
- مجموعه‌های اینسایت زنان، تغذیه، ایمونولو
- ژی، آمار و اپیدمیولوژی
- پکیج کامل ژلوفن‌های ویرایش جدید شامل دروس ماژور، مینور، شناورها
- پکیج کامل ضروریات پره‌اینترنی
- پکیج کامل کیوبی‌های ویرایش جدید با بالاترین کیفیت
- نسخه‌ی حرفه‌ای کتاب صلاحیت بالینی دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- نسخه حرفه‌ای کتاب پزشک طرح دکترهای خوب ویرایش ۱۴۰۳
- پکیج کامل کتاب‌های پره‌پاس
- پکیج کامل کتاب‌های تورق سریع گروه مشاوره رادیولوژی تهران
- پکیج کامل مرور سریع‌های ماهان
- پکیج کامل گام آخرهای ماهان
- پاتولوژی لاموما
- عفونی اینفکتوما
- پکیج کامل کیو ای‌های پره‌اینترنی و دستیاری
- مرور جادویی ۷ درس داخلی ماهان
- و صدها فایل دیگه که جایی پیدا نمی‌کنین...

@MEDICA_CHANNEL